Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 4 del 7 gennaio 1994 - Serie generale

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I (70%)

PARTE PRIMA — Roma - Venerdì, 7 gennaio 1994 — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 3

Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

SOMMARIO

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. **502.** — *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421:*

TESTI COORDINATI E AGGIORNATI

Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

AVVERTENZA

Il testo aggiornato qui pubblicato è stato redatto dal Ministero della sanità ai sensi dell'art. 11, comma 2, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, nonché dell'art. 10, comma 3, del medesimo testo unico, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto, integrate con le modifiche apportate dalle nuove disposizioni, che di quelle richiamate nel decreto stesso, trascritte nelle note. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Nel testo di detto decreto, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 305 del 30 dicembre 1992, successivamente rettificato con avviso di errata-corrige pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 10 del 14 gennaio 1993, sono state pertanto, inserite le modifiche (evidenziate con caratteri corsivi) ad essa apportate dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 293 del 15 dicembre 1993, recante «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».

TITOLO I

ORDINAMENTO

Art. 1 *(a)*.

Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza

1. *Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale. Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal Governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13* ***(b)****, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Ove non vi sia l'intesa entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente con atto motivato.*

2. Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. *Il Piano sanitario nazionale indica*:

a) *le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione*;

b) *i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;*

c) *i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730* ***(c)****, in materia di attribuzione degli oneri relativi;*

d) *le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;*

e) *gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale*;

f) *le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti*;

g) *i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano in coerenza con i livelli uniformi di assistenza.*

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. *La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale, illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle unità del Servizio e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali.*

7. *Su richiesta delle regioni o direttamente, il Ministero della sanità promuove forme di collaborazione nonché l'elaborazione di apposite linee guida, in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento. Per quest'attività il Ministero si avvale dell'Agenzia per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali.*

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art. 2 del D.Lgs. n 517/1933.

(b) L'art. 1 della legge n. 13/1991 (Determinazione degli atti amministrativi da adottarsi nella forma del decreto del Presidente della Repubblica) è il seguente:

«Art. 1. — 1. Il Presidente della Repubblica, oltre gli atti previsti espressamente dalla Costituzione o da norme costituzionali e quelli relativi all'organizzazione e al personale del Segretariato generale della Presidenza della Repubblica, emana i seguenti altri atti, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri o del Ministro competente:

a) nomina dei Sottosegretari di Stato;

b) nomina dei commissari straordinari del Governo;

c) nomina del presidente e del segretario generale del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro;

d) approvazione della nomina del governatore della Banca d'Italia;

e) nomina alla presidenza di enti, istituti e aziende a carattere nazionale ai sensi dell'art. 3 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

f) nomina e conferimento di incarichi direttivi a magistrati ordinari, amministrativi, militari e ad avvocati dello Stato;

g) nomina del presidente, dei presidenti di sezione e dei componenti della commissione tributaria centrale,

h) nomina dei funzionari dello Stato con qualifica non inferiore a dirigente generale o equiparata;

i) nomina e destinazione dei commissari del Governo presso le regioni;

l) destinazione dei prefetti presso i capoluoghi di provincia;

m) destinazione degli ambasciatori e dei ministri plenipotenziari presso sedi diplomatiche estere e conferimento delle funzioni di capo di rappresentanza diplomatica;

n) nomina degli ufficiali delle Forze armate di grado non inferiore a generale di brigata o equiparato;

o) nomina del capo di stato maggiore della difesa, del segretario generale della difesa e dei capi di stato maggiore delle tre Forze armate;

p) nomina del presidente del Consiglio superiore delle Forze armate;

q) nomina dei comandanti delle regioni militari, dei dipartimenti militari marittimi, delle regioni aeree e dei comandanti di corpo d'armata e di squadra navale;

r) nomina del segretario generale del Ministero degli affari esteri;

s) nomina del capo della polizia-direttore generale della pubblica sicurezza;

t) nomina del comandante generale dell'Arma dei carabinieri;

u) nomina del comandante generale della Guardia di finanza;

v) prima nomina degli ufficiali delle Forze armate;

z) scioglimento anticipato dei consigli provinciali e comunali e nomina dei relativi commissari;

aa) concessione della cittadinanza italiana;

bb) decisione dei ricorsi straordinari al Presidente della Repubblica;

cc) provvedimento di annullamento straordinario degli atti amministrativi illeggittimi;

dd) conferimento di ricompense al valore e al merito civile e militare e concessione di bandiere, stemmi, gonfaloni e insegne, nei casi in cui la forma del decreto del Presidente della Repubblica sia prevista dalla legge;

ee) concessione del titolo di città;

ff) atti per i quali la forma del decreto del Presidente della Repubblica sia prevista dalla legge in relazione a provvedimenti elettorali o referendari;

gg) atti per i quali la forma del decreto del Presidentre della Repubblica sia prevista da norme di attuazione degli statuti delle regioni a statuto speciale;

hh) atti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e, nel rispetto delle disposizioni statutarie, delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano, previsti dall'art. 2, comma 3, lettera *d)*, della legge 23 agosto 1988, n 400.

ii) tutti gli atti per i quali è intervenuta la deliberazione del Consiglio dei Ministri».

(c) L'art. 30 della legge n. 730/1983 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1984) è il seguente:

«Art. 30. — Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali.

Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad essa delegate».

Art. 2 *(a)*.
Competenze regionali

1. *Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.*

2. *Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.*

(a) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art 3 del D Lgs. n. 517/1993.

Art. 3 *(a)*.
Organizzazione delle unità sanitarie locali

1. *L'unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.*

2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

3. *L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.*

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

5. *Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:*

a) *la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa,*

b) *l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti,*

c) *i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;*

d) *il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare;*

e) *le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali,*

f) *il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:*

1) *l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;*

2) *la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;*

g) *i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. e successive modificazioni ed integrazioni* **(b)**.

6. *Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni* **(b)**, *verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella* Gazzetta Ufficiale *della Repubblica italiana, dalla regione, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994.Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto,la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di princìpi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità.*

7. *Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato. Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività*

di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

9. *Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.*

10. *Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei princìpi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270 **(c)**.*

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale ***(d)***;

2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327 *(e)*, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55 *(f)*;

4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. *Il consiglio dei sanitari e organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati — con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero — nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.*

13. *Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88* ***(g)****. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori e fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.*

14. *Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.*

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art 4 del D Lgs. n. 517/1933

(b) Il D. Lgs n. 29/1993 concerne la razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n 421 Si riporta l'art 20 del predetto decreto, sostituito dall'art 6 del D Lgs n. 470/1993

«Art. 20 (*Verifica dei risultati. Responsabilità dirigenziali*) — 1. I dirigenti generali ed i dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta dagli uffici ai quali sono preposti, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati in relazione agli obiettivi dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale All'inizio di ogni anno, i dirigenti presentano al direttore generale, e questi al Ministro, una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente.

2 Nelle amministrazioni pubbliche, ove già non esistano, sono istituiti servizi di controllo interno, o nuclei di valutazione, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa I servizi o nuclei determinano annualmente, anche su indicazione degli organi di vertice, i parametri di riferimento del controllo.

3 Gli uffici di cui al comma 2 operano in posizione di autonomia e rispondono esclusivamente agli orgàni di direzione politica Ad essi è attribuito, nell'ambito delle dotazioni organiche vigenti, un apposito contingente di personale. Può essere utilizzato anche personale già collocato fuori ruolo. Per motivate esigenze, le amministrazioni pubbliche possono altresì avvalersi di consulenti esterni, esperti in tecniche di valutazione e nel controllo di gestione

4. I nuclei di valutazione, ove istituiti, sono composti da dirigenti generali e da esperti anche esterni alle amministrazioni. In casi di particolare complessità il Presidente del Consiglio può stipulare, anche cumulativamente per più amministrazioni, convenzioni apposite con soggetti pubblici e privati particolarmente qualificati.

5. I servizi e nuclei hanno accesso ai documenti amministrativi e possono richiedere, oralmente o per iscritto, informazioni agli uffici pubblici. Riferiscono trimestralmente sui risultati della loro attività agli organi generali di direzione. Gli uffici di controllo interno delle amministrazioni territoriali e periferiche riferiscono altresì ai comitati di cui al comma 6.

6. I comitati provinciali delle pubbliche amministrazioni e i comitati metropolitani di cui all'articolo 18 del decreto-legge 24 novembre 1990, n. 344, convertito con modificazioni nella legge 23 gennaio 1991, n. 21, e al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 giugno 1992, si avvalgono degli uffici di controllo interno delle amministrazioni territoriali e periferiche.

7. All'istituzione degli uffici di cui al comma 2 si provvede con regolamenti delle singole amministrazioni da emanarsi entro il 1° febbraio 1994. È consentito avvalersi, sulla base di apposite convenzioni, di uffici già istituiti in altre amministrazioni.

8. Per la Presidenza del Consiglio dei Ministri e per le amministrazioni che esercitano competenze in materia di difesa e sicurezza dello Stato, di polizia e di giustizia, le operazioni di cui al comma 2 sono effettuate dal Ministro per i dirigenti e dal Consiglio dei Ministri per i dirigenti generali. I termini e le modalità di attuazione del procedimento di verifica dei risultati da parte del Ministro competente e del Consiglio dei Ministri sono stabiliti rispettivamente con regolamento ministeriale e con decreto del Presidente della Repubblica da adottarsi entro sei mesi, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400.

9. L'inosservanza delle direttive e i risultati negativi della gestione finanziaria tecnica e amministrativa comportano, in contraddittorio, il collocamento a disposizione per la durata massima di un anno, con conseguente perdita del trattamento economico accessorio connesso alle funzioni. Per le amministrazioni statali tale provvedimento è adottato dal Ministro ove si tratti di dirigenti e dal Consiglio dei Ministri ove si tratti di dirigenti generali. Nelle altre amministrazioni provvedono gli organi amministrativi di vertice. Per effetto del collocamento a disposizione non si può procedere a nuove nomine a qualifiche dirigenziali. In caso di responsabilità particolarmente grave o reiterata, nei confronti dei dirigenti generali o equiparati, può essere disposto — in contraddittorio — il collocamento a riposo per ragioni di servizio, anche se non sia mai stato in precedenza disposto il collocamento a disposizione; nei confronti dei dirigenti si applicano le disposizioni del codice civile.

10. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di responsabilità penale, civile, amministrativo-contabile e disciplinare previste per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.

11. Restano altresì ferme le disposizioni vigenti per il personale delle qualifiche dirigenziali delle forze di polizia, delle carriere diplomatica e prefettizia e delle Forze armate».

(c) Si trascrive il testo dell'art. 3 del D. Lgs. n. 270/1993 (Riordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera *h)*, della legge 23 ottobre 1992, n. 421):

«Art. 3 *(Organizzazione)*. — 1. Sono organi degli istituti:

a) il consiglio di amministrazione;

b) il direttore generale;

c) il collegio dei revisori.

2. Il consiglio di amministrazione è composto da cinque membri, di cui uno nominato dal Ministro della sanità e quattro dalle regioni e dalle province autonome territorialmente competenti. Per gli istituti interregionali, il consiglio di amministrazione è designato dalla regione dove l'istituto ha sede legale, di concerto con le altre regioni o province autonome interessate. I membri del consiglio sono scelti tra esperti, anche di organizzazione e programmazione, in materia di sanità. Il consiglio di amministrazione ha compiti di indirizzo, coordinamento e verifica delle attività dell'istituto.

3. Il direttore generale ha la rappresentanza legale dell'istituto, lo gestisce e ne dirige l'attività scientifica. Il direttore generale è nominato dalla regione dove l'istituto ha sede legale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni, le province autonome, previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, tra gli iscritti nell'elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui all'art. 3, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, appositamente integrato. Nel caso di istituti interregionali, il direttore è nominato di concerto tra le regioni interessate, in mancanza, su richiesta delle regioni ove l'istituto ha sede legale, provvede il Ministro della sanità. Il direttore generale è coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario veterinario.

4. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione dove l'istituto ha sede legale e scelto tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88, uno designato dal Ministro della sanità e uno designato dal Ministro del tesoro.

5. Agli organi di cui al comma 1, lettere *b)* e *c)*, si applicano le norme di cui all'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, salvo quanto previsto dal comma 4.

6. Le regioni adottano le restanti norme organizzative».

(d) Si trascrive il testo dell'art. 166 del codice penale:

«Art. 166 *(Effetti della sospensione)*. — La sospensione condizionale della pena non si estende alle pene accessorie e agli altri effetti penali della condanna, né alle obbligazioni civili derivanti dal reato».

(e) Il testo dell'art. 15 della legge n. 327/1988 (Norme in materia di misure di prevenzione personali) è il seguente:

«Art. 15. — 1. Dopo tre anni dalla cessazione della misura di prevenzione, l'interessato può chiedere la riabilitazione. La riabilitazione è concessa, se il soggetto ha dato prova costante ed effettiva di buona condotta, dalla corte di appello nel cui distretto ha sede l'autorità giudiziaria che dispose l'applicazione della misura di prevenzione o dell'ultima misura di prevenzione.

2. La riabilitazione comporta la cessazione di tutti gli effetti pregiudizievoli riconnessi allo stato della persona sottoposta a misure di prevenzione.

3. Si osservano, in quanto compatibili, le disposizioni del codice di procedura penale riguardanti la riabilitazione».

(f) Il testo dell'art. 14 della legge n. 55/1990 (Nuove disposizioni per la prevenzione della delinquenza di tipo mafioso e di altre gravi forme di manifestazione di pericolosità sociale) è il seguente:

«Art. 14. — 1. Salvo che si tratti di procedimenti di prevenzione già pendenti dalla data di entrata in vigore della presente legge, da tale data le disposizioni della legge 31 maggio 1965, n. 575, concernenti le indagini e l'applicazione delle misure di prevenzione di carattere patrimoniale, nonché quelle contenute negli articoli da 10 a 10-*sexies* della medesima legge, si applicano con riferimento ai soggetti indiziati di appartenere alle associazioni indicate nell'art. 1 della predetta legge o a quelle previste dall'art. 75 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, ovvero ai soggetti indicati nel n. 2) del primo comma dell'art. 1 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423, quando l'attività delittuosa da cui si ritiene derivino i proventi sia quella prevista dall'art. 630 del codice penale.

2. Nei confronti dei soggetti di cui al comma 1, la riabilitazione prevista dall'art. 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, può essere richiesta dopo cinque anni dalla cessazione della misura di prevenzione.

3. La riabilitazione comporta, altresì, la cessazione dei divieti previsti dall'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575».

(g) Si trascrive il testo dell'art. 1 del D. Lgs. n. 88/1992 (Attuazione della direttiva n. 84/253/CEE relativa all'abilitazione delle persone incaricate del controllo di legge dei documenti contabili):

«Art. 1. — 1. È istituito presso il Ministero di grazia e giustizia il registro dei revisori contabili.

2. L'iscrizione nel registro da diritto all'uso del titolo di revisore contabile».

Art. 4 *(a)*.

Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri

1. *Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali in possesso dei requisiti richiesti, dopo la prima attuazione del presente decreto. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'art. 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento. La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.*

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992 ***(b)***, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595 ***(c)***. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

3. *Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992* ***(d)***.

4. *Le regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'art. 9 del decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella* Gazzetta Ufficiale *n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni* ***(d)***, *e che siano, di norma, dotati anche di elisoccorso.*

5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

6. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

7. *Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano entro il 31 marzo 1994 le modalità di finanziamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:*

a) *prevedere l'attribuzione da parte della regione di una quota del Fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;*

b) *prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla regione tenuto conto del costo delle prestazioni medesime e della quota già finanziata di cui alla lettera* a), *nonché dei criteri fissati ai sensi dell'art. 8, comma 6;*

c) *prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero-professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;*

d) *prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.*

8. *Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale.*

9. *Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.*

10. *Fermo restando quanto previsto dall'art. 3, comma 5, lettera* g) *in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* **(e)**, *correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti. All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* **(f)**, *per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro-tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono. I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovati. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* **(f)**, *cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132* **(g)**, *e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128* **(h)**, *nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129* **(i)**.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 *(l)*.

11-bis. *Al fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture e dei servizi, le disposizioni di cui all'art. 35, comma 2, lettera* d), *del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761* **(l)**, *si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'art. 15 del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali*

12. *Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833* **(m)**, *fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* **(f)**, *i requisiti tecnico-organizzativi ed i*

regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai princìpi del presente decreto e a quelli di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (n), e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art 5 del D.Lgs. n 517/1993.

(b) Il D.M. 29 gennaio 1992 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 26 del 1° febbraio 1992) reca: «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specializzazione».

(c) La legge n. 595/1985 reca· «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88» Si trascrive il testo del relativo art. 5:

«Art. 5 *(Presidi e servizi di alta specialità).* — 1. Si definiscono di alta specialità le attività di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato.

2. L'elenco delle alte specialità riconosciute ai fini dell'organizzazione e della fruizione dell'assistenza viene stabilito, in rapporto a bacini di utenza di larghe dimensioni, secondo i criteri del rapporto costi-benefici, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge

3. Con lo stesso decreto il Ministro della sanità fissa:

a) i requisiti minimi di personale, attrezzature e posti-letto che le singole strutture, predisposte per l'esercizio delle attività di alta specialità, debbono obbligatoriamente possedere;

b) i necessari collegamenti con le attività specialistiche affini o complementari che debbono esistere nella medesima struttura o nel presidio nel quale si trova inserita l'alta specialità;

c) le caratteristiche di professionalità richieste per il personale.

4. Il Piano sanitario nazionale stabilisce il numero, definisce i bacini di utenza e l'attribuzione alle regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di altra specialità, nonché delle apparecchiature ad avanzata tecnologia.

5. Il piano sanitario della regione o della provincia autonoma stabilisce la dislocazione territoriale delle strutture sedi di attività o delle apparecchiature di cui ai precedenti commi, ovvero indica, nel caso di regioni o di province autonome la cui popolazione non raggiunga la dimensione di un bacino d'utenza, a quali sedi di altra regione o provincia sarà fatto riferimento per la detta attività e per le prestazioni strumentali ottenibili con le apparecchiature di cui sopra.

6 Sedi preferenziali di collocazione delle strutture preposte all'esercizio delle alte specialità o predisposte per l'installazione di apparecchiature ad avanzata tecnologia sono i presidi ospedalieri multizonali e i policlinici universitari.

7. Al fine di garantire l'efficiente gestione dei presidi e delle apparecchiature di cui ai commi precedenti, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), in sede di riparto alle singole regioni del Fondo sanitario nazionale sia di parte corrente, sia di parte in conto capitale, tiene conto delle loro dislocazioni facendo anche ricorso allo strumento della compensazione per la mobilità interregionale.

8. Gli elenchi di cui ai commi 2 e 5 del presente articolo possono essere aggiornati o variati con la medesima procedura anche su richiesta delle singole regioni o province autonome o del Consiglio universitario nazionale».

(d) Il D.P.R. 27 marzo 1992 reca: «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza». Si trascrive il testo del relativo art. 9·

«Art. 9 *(Funzioni regionali).* — 1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche a stralcio del piano sanitario regionale, determinano, entro centoventi giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, la ristrutturazione del sistema di emergenza sanitaria, con riferimento alle indicazioni del parere tecnico fornito dal Consiglio superiore di sanità, in data 12 febbraio 1991, e determinano le attribuzioni dei responsabili dei servizi che compongono il sistema stesso

2. Il provvedimento di cui al comma precedente determina altresì le modalità di accettazione dei ricoveri di elezione in relazione all'esigenza di garantire adeguate disponibilità di posti letto per l'emergenza. Con il medesimo provvedimento sono determinate le dotazioni di posti-letto per l'assistenza subintensiva da attribuire alle singole unità operative».

(e) Il comma 3 dell'art. 4 della legge n. 412/1991 (Disposizioni in materia di finanza pubblica) prevede che: «In attuazione di quanto previsto dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, i cui standard vengono rideterminati prevedendo l'utilizzazione dei posti-letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua, la dotazione complessiva di 6 posti-letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie, con un tasso di spedalizzazione del 160 per mille, ed in ordine alla costituzione di aree funzionali omogenee nonché alla necessità di riconvertire gli ospedali che non raggiungono lo standard minimo di 120 posti-letto, le regioni provvedono, con il medesimo atto programmatorio di cui al comma 2, a ristrutturare la rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessari per conseguire il raggiungimento dei parametri sopraindicati, fermo restando che il finanziamento del livello assistenziale corrispondente terrà conto solo dei posti-letto e del tasso di utilizzazione prescritti. Le regioni sono tenute ad attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di *day hospital*, conservando alle unità operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali. Per le istituzioni di ricovero convenzionate obbligatoriamente, il finanziamento a bilancio e le rette di degenza sono calcolati considerando solo i posti-letto utilizzati a un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 75 per cento. Per l'eventuale eccedenza di personale derivante dalla ristrutturazione della rete ospedaliera sono attivate forme di mobilità obbligatoria da stabilire in sede regionale di concerto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenendo prioritariamente conto delle esigenze territoriali. Sino all'adozione del metodo di raggruppamenti omogenei di diagnosi per il pagamento delle rette delle case di cura private, le giornate di degenza predeterminate costituiscono il tetto massimo di riferimento».

(f) Il D.Lgs. n. 517/1992, modificativo del decreto qui pubblicato, è entrato in vigore il 30 dicembre 1993.

(g) La legge n. 132/1968 reca norme sugli enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera.

(h) Il D P.R n 128/1969 reca· «Ordinamento interno dei servizi ospedalieri».

(i) Il D.P.R. n. 129/1969 reca: «Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura».

(l) Si riporta l'art. 35, comma 2, del D.P.R. n. 761/1979 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali):

«2 Il rapporto di lavoro a tempo pieno comporta

a) l'obbligo di prestare 40 ore settimanali di servizio, salvo quanto previsto dall'accordo nazionale unico;

b) la totale disponibilità per tutti i servizi dell'Unità sanitaria locale nell'ambito delle funzioni della posizione funzionale e della disciplina propria degli interessati;

c) il diritto all'attività libero-professionale al di fuori dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale, limitatamente a consulti e a consulenze, non continuativi, sulla base di norme regionali,

d) il diritto all'esercizio dell'attività libero-professionale nell'ambito dei servizi, presidi e strutture dell'unità sanitaria locale, sulla base di norme regionali;

e) la preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi ed i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale;

f) la priorità per l'esercizio di attività consultive e tecniche, richieste da terzi all'Unità sanitaria locale, da svolgere oltre l'orario di lavoro e anche fuori dalla sede di servizio».

(m) Si riportano gli articoli 40, 41 e 43 della legge n. 833/1978 recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»:

«Art. 40 *(Enti di ricerca e relative convenzioni).* — Convenzioni analoghe a quelle previste per le cliniche universitarie, e di cui all'art. 29 della presente legge, potranno essere stipulate tra le regioni e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzata agli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, al fine di disciplinare l'erogazione da parte di tali organi prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo, nonché l'utilizzazione del personale degli enti di ricerca secondo i fini della presente legge».

«Art. 41 *(Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica).* — Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonché degli ospedali di cui all'art. 1 della legge 26 novembre 1973, n. 817.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alla disciplina vigente per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova. Con legge dello Stato, entro il 31 dicembre 1979, si provvede al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano, ai sensi della XIV disposizione transitoria e finale della Costituzione ed in conformità, sentite le regioni interessate, per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, ai principi di cui alla presente legge.

I rapporti delle unità sanitarie locali competenti per territorio con gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma che abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché con l'ospedale Galliera di Genova e con il Sovrano Ordine Militare di Malta, sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al terzo comma del presente articolo devono essere stipulate in conformità a schemi-tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le regioni, nell'assicurare la dotazione finanziaria alle unità sanitarie locali, devono tener conto delle convenzioni di cui al presente articolo».

«Art. 43 *(Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie).* — La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'art. 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle convenzionate di cui all'art. 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'art. 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano sanitario regionale preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi-tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere tra l'altro modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto art. 51 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 236 della Repubblica del 31 agosto 1977, nonché gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale».

(n) Il comma 7 dell'art. 4 della legge n. 412/1991 (già citata) così recita: «Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unità sanitaria locale al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. Le situazioni di incompatibilità devono cessare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. A decorrere dal 1° gennaio 1993, al personale medico con rapporto di lavoro a tempo definito, in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, è garantito il passaggio, a domanda, anche in soprannumero, al rapporto di lavoro a tempo pieno. In corrispondenza dei predetti passaggi si procede alla riduzione delle dotazioni organiche, sulla base del diverso rapporto orario, con progressivo riassorbimento delle posizioni soprannumerarie. L'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Le disposizioni del presente comma si applicano anche al personale di cui all'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Per detto personale all'accertamento delle incompatibilità provvedono le autorità accademiche competenti. Resta valido quanto stabilito dagli articoli 78, 116 e 117 del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384. In sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è definito il campo di applicazione del principio di unicità del rapporto di lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali».

Art. 5 *(a)*.

Patrimonio e contabilità

1. *Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni o delle province con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali i beni di cui all'art. 65, primo comma — come sostituito dall'art. 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 — della legge 23 dicembre 1978, n. 833* ***(b)***.

2. *I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con provvedimento regionale. Tale provvedimento costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.*

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

4. *Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(c)****, le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127* ***(d)****, e prevedendo*

a) *la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;*

b) *l'adozione del bilancio pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;*

c) *la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;*

d) *la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;*

e) *l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo.*

5. *Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.*

6. *Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'art. 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ed integrazioni* ***(e)****, nonché all'attuazione delle disposizioni emanate ai sensi dell'art. 2, lettera* h*), della legge 23 ottobre 1992, n. 421* ***(f)****, in ordine all'evidenziazione delle spese di personale ai fini delle esigenze di consolidamento dei conti pubblici e della relativa informatizzazione. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e viene mantenuta in via provvisoria la vigente contabilità finanziaria*

—

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il testo del primo comma dell'art. 65 della legge n. 833/1978 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) è il seguente: «In applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'art. 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e d'intesa con le regioni interessate, con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, sia i beni che le attrezzature destinati prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi sono trasferiti al patrimonio dei comuni competenti per territorio, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali».

(c) Il D.Lgs. n. 517/1993, modificativo dal decreto qui pubblicato, è entrato in vigore il 30 dicembre 1993.

(d) Il D.Lgs. n. 127/1991, reca «Attuazione delle direttive n. 78/660/CEE e n. 83/349/CEE in materia societaria, relative ai conti annuali e consolidati, ai sensi dell'art. 1, comma 1, della legge 26 marzo 1990, n. 69».

(e) Si riporta l'art. 30 della legge n. 468/1978 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio):

«Art. 30 (*Conti di cassa*). — Entro il 20 febbraio di ogni anno, il Ministro del tesoro presenta al Parlamento una relazione sulla stima del fabbisogno del settore statale per l'anno in corso, quale risulta dalle previsioni gestionali di cassa del bilancio statale e della tesoreria, nonché sul finanziamento di tale fabbisogno, a raffronto con i corrispondenti risultati verificatisi nell'anno precedente.

Entro il 20 maggio, 31 agosto e 20 novembre il Ministro del tesoro presenta al Parlamento una relazione sui risultati conseguiti dalle gestioni di cassa del bilancio statale e della tesoreria, rispettivamente, nel primo, secondo e terzo trimestre dell'anno in corso, con correlativo aggiornamento della stima annuale.

Con le relazioni di cui ai precedenti commi, il Ministro del tesoro presenta altresì al Parlamento per l'intero settore pubblico, costituito dal settore statale, dagli enti di cui al precedente art. 25 e dalle regioni, rispettivamente la stima della previsione di cassa per l'anno in corso, i risultati riferiti ai trimestri di cui al comma precedente ed i correlativi aggiornamenti della stima annua predetta, sempre nell'ambito di una valutazione dei flussi finanziari e della espansione del credito totale interno.

Il Ministro del tesoro determina, con proprio decreto, lo schema-tipo dei prospetti contenenti gli elementi previsionali e i dati periodici di gestione di cassa dei bilanci che, entro i trenta giorni precedenti le date indicate nei comma primo e secondo del presente articolo, i comuni e le province debbono trasmettere alla rispettiva regione, e gli altri enti di cui all'art. 25 al Ministero del tesoro.

In detti prospetti dovranno, in particolare, essere evidenziate, oltre agli incassi ed ai pagamenti effettuati nell'anno e nel trimestre precedente, anche le variazioni nelle attività finanziarie (in particolare nei depositi presso la tesoreria e presso gli istituti di credito) e nell'indebitamento a breve e medio termine.

Le regioni comunicheranno al Ministero del tesoro, entro dieci giorni dalle scadenze di cui al precedente quarto comma, i dati di cui sopra aggregati per l'insieme delle province e per l'insieme dei comuni, unitamente agli analoghi dati relativi all'amministrazione regionale.

Nella relazione da presentare a norma del precedente secondo comma, entro il 31 agosto, il Ministro del tesoro comunica al Parlamento informazioni, per l'intero settore pubblico, sulla consistenza dei residui alla fine dell'esercizio precedente, sulla loro struttura per esercizio di provenienza e sul ritmo annuale del loro processo di smaltimento, in base alla classificazione economica e funzionale.

A tal fine, gli enti di cui al precedente quarto comma, con esclusione dell'ENEL e delle aziende dei servizi, debbono comunicare entro il 30 giugno informazioni sulla consistenza dei residui alla fine dell'esercizio precedente, sulla loro struttura per esercizio di provenienza e sul ritmo annuale del loro processo di smaltimento, in base alla classificazione economica e funzionale.

I comuni e le province trasmettono le informazioni di cui al precedente comma alle regioni entro il 15 giugno. Queste ultime provvederanno ad aggregare tali dati e ad inviarli entro lo stesso mese di giugno al Ministero del tesoro insieme ai dati analoghi relativi alle amministrazioni regionali.

Nessun versamento a carico del bilancio dello Stato potrà essere effettuato agli enti di cui all'art. 25 della presente legge se non risultano regolarmente adempiuti gli obblighi di cui ai precedenti commi».

(f) Si trascrive il testo dell'art. 2, comma 1, lettera *h)*, della legge n. 421/1992 recante delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale:

«1. Il Governo della Repubblica è delegato a emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge uno o più decreti legislativi, diretti al contenimento, alla razionalizzazione

e al controllo della spesa per il settore del pubblico impiego, al miglioramento dell'efficienza e della produttività, nonché alla sua riorganizzazione; a tal fine è autorizzato a:

a)-g) (omissis);

h) prevedere procedure di contenimento e di controllo della spesa globale per i dipendenti pubblici, entro limiti massimi globali, per ciascun comparto e per ciascuna amministrazione o ente; prevedere, nel bilancio dello Stato e nei bilanci delle altre amministrazioni ed enti, l'evidenziazione della spesa complessiva per il personale, a preventivo e a consuntivo; prevedere la revisione dei controlli amministrativi dello Stato sulle regioni, concentrandoli sugli atti fondamentali della gestione ed assicurando l'audizione dei rappresentanti dell'ente controllato, adeguando altresì la composizione degli organi di controllo anche al fine di garantire l'uniformità dei criteri di esercizio del controllo stesso».

Art. 6 *(a)*.

Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università

1. *Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, d'intesa, costituire policlinici universitari. mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.*

2. *Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257* ***(b)****, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257* ***(b)****, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'art. 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole e rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'art. 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257* ***(b)****.*

3. *A norma dell'art. 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421* ***(c)****, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341* ***(d)****, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341* ***(d)****. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale, che consiste in una prova scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei collegi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341* ***(d)****, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1° gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.*

4. *In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende*

ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono approvati dal Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta dei Ministri delle sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

5. *Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico ed odontoiatra di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali. In tal senso è modificato il contenuto delle attribuzioni dei profili del collaboratore e del funzionario tecnico socio-sanitario in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. È fatto divieto alle università di assumere nei profili indicati i laureati in medicina e chirurgia ed in odontoiatria.*

—

(a) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art 7 del D Lgs n 517/1993

(b) Il D Lgs n. 257/1991 reca «Attuazione della direttiva n 82/76 CEE del Consiglio del 26 gennaio 1982, recante modifica di precedenti direttive in tema di formazione di medici specialisti, a norma dell'art 6 della legge 29 dicembre 1990, n 428 (legge comunitaria 1990)» Si trascrive il testo dei relativi articoli 2 e 7

«Art 2 *(Programmazione)* — 1 Con decreto del Ministro della sanità, sentite le regioni e le province autonome, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le facoltà di medicina e chirurgia, e con il Ministro del tesoro, è determinato, ogni tre anni, il numero degli specialisti da formare sulla base delle esigenze sanitarie del Paese, tenuto conto delle capacità ricettive delle strutture universitarie e di quelle convenzionate con le università, in relazione al contenuto specifico della formazione e delle risorse finanziarie comunque acquisite dalle università.

2. In relazione alla programmazione di cui al comma 1, il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il Ministro della sanità, determina il numero dei posti per ciascuna scuola le cui strutture siano corrispondenti ai requisiti previsti dall'art. 7, tenuto conto delle richieste delle facoltà di medicina e della disponibilità di idonee strutture acquisite anche attraverso convenzioni. Il predetto decreto è adottato su parere del comitato consultivo di medicina del Consiglio universitario nazionale

3. Nell'ambito dei posti risultanti dalla programmazione di cui al comma 1, per ogni singola specializzazione è stabilita una riserva di posti, non superiore al 5%, a favore dei medici dell'amministrazione militare. Il numero dei posti da riservare ai medici stranieri provenienti dai Paesi in via di sviluppo è determinato con il decreto di cui al comma 1, d'intesa con il Ministro degli affari esteri. La ripartizione tra le singole scuole dei posti riservati è effettuata con il decreto di cui al comma 2.

4 Per usufruire dei posti riservati di cui al comma 3 i candidati devono aver superato le prove di ammissione previste dall'ordinamento della scuola

5 Restano ferme le disposizioni di cui all'art 2, comma quinto, del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162. Il consiglio della scuola, d'intesa con l'amministrazione di appartenenza degli specializzandi, può autorizzare l'espletamento delle attività pratiche previste dall'ordinamento della scuola nell'ambito delle attività di servizio, a condizione che le predette attività siano coerenti con il programma del corso di studio».

«Art. 7 *(Requisiti di idoneità delle strutture)* — 1 I requisiti di idoneità delle strutture ove si svolge la formazione specialistica sono determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, su parere del comitato consultivo di medicina del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore della sanità, tenuto conto:

a) della disponibilità di attrezzature e dotazioni strumentali per l'esercizio delle attività inerenti alla formazione specialistica;

b) del numero dei posti-letto e dell'organico di personale a fini assistenziali in relazione al numero degli specializzandi;

c) della presenza di servizi generali e diagnostici collegati alla struttura dove si svolge la formazione,

d) della tipologia delle patologie trattate e delle prestazioni eseguite annualmente,

e) delle caratteristiche di professionalità del personale presente nella struttura.

2. Le modalità per la verifica dell'idoneità e della mancanza dei requisiti delle strutture sono determinate con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, tenuto conto delle diverse tipologie delle singole scuole»

(c) Il testo dell'art 1, comma 1, lettera *o)*, della legge n 421/1992 (già citata) è il seguente

«Ai fini della ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, con riferimento all'art 32 della Costituzione, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia, il Governo della Repubblica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi

a-n) (omissis),

o) prevedere nuove modalità di rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università sulla base di principi che, nel rispetto delle attribuzioni proprie dell'università, regolino l'apporto all'attività assistenziale delle facoltà di medicina, secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale in analogia con quanto previsto, anche in termini di finanziamento, per le strutture ospedaliere; nell'ambito di tali modalità va peraltro regolamentato il rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per le specializzazioni post-laurea».

(d) Si riporta il testo degli articoli 2 e 9 della legge n 341/1990 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari).

«Art 2 *(Diploma universitario)*. — 1. Il corso di diploma si svolge nelle facoltà, ha una durata non inferiore a due anni e non superiore a tre, e comunque corrispondente a quella eventualmente stabilita dalle norme della Comunità economica europea per i diplomi universitari di primo livello ed ha il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali.

2. Le facoltà riconoscono totalmente o parzialmente gli studi compiuti nello svolgimento dei ***curricula*** previsti per i corsi di diploma universitario e per quelli di laurea ai fini del proseguimento degli studi per il conseguimento, rispettivamente, delle lauree e dei diplomi universitari affini, secondo criteri e modalità dettati con i decreti di cui all'art 9, comma 1, fermo restando in ogni caso l'obbligo di tale riconoscimento»

«Art 9 *(Ordinamento dei corsi di diploma universitario, di laurea e di specializzazione)*. — 1 Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono definiti ed aggiornati gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario, dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione e le rispettive tabelle.

2 I decreti di cui al comma 1 sono emanati su conforme parere del Consiglio universitario nazionale, il quale lo esprime uditi i comitati consultivi di cui all'art 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, sentiti, per le rispettive materie, i rappresentanti dei collegi e degli ordini professionali, nell'osservanza dei seguenti criteri.

a) devono rispettare la normativa comunitaria in materia;

b) devono realizzare una riduzione delle duplicazioni totali o parziali e la ricomposizione o la riconversione innovativa degli insegnamenti secondo criteri di omogenità disciplinare, tenendo conto dei mutamenti sopravvenuti nelle aree scientifiche e professionali;

c) devono determinare le facoltà e la collocazione dei corsi nelle facoltà, secondo criteri di omogeneità disciplinare volti ad evitare sovrapposizioni e duplicazioni dei corsi stessi, e dettare norme per il passaggio degli studenti dal precedente al nuovo ordinamento;

d) devono individuare le aree disciplinari, intese come insiemi di discipline scientificamente affini raggruppate per raggiungere definiti obiettivi didattico-formativi, da includere necessariamente nei *curricula* didattici, che devono essere adottati dalle università, al fine di consentire la partecipazione agli esami di abilitazione per l'esercizio delle professioni o l'accesso a determinate qualifiche funzionali del pubblico impiego;

e) devono precisare le affinità al fine della valutazione delle equipollenze e per il conseguimento di altro diploma dello stesso o diverso livello;

f) devono tenere conto delle previsioni occupazionali.

3. Con la medesima procedura si provvede alle successive modifiche ed integrazioni di quanto disciplinato dai commi 1 e 2.

4. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica definisce, su conforme parere del Consiglio universitario nazionale, i criteri generali per la regolamentazione dell'accesso alle scuole di specializzazione ed ai corsi per i quali sia prevista una limitazione nelle iscrizioni.

5. Fermo restando quanto disposto dall'art. 3, comma 6, e dell'art. 4, comma 4, con decreti del Presidente della Repubblica adottati su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con i Ministri interessati, possono esssere individuati i livelli funzionali del pubblico impiego e le attività professionali per accedere ai quali sono richiesti i titoli di studio previsti dalla presente legge.

6. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, su conforme parere del Consiglio universitario nazionale, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, sono dichiarate le equipollenze tra i diplomi universitari e quelle tra i diplomi di laurea al fine esclusivo dell'ammissione ai pubblici concorsi per l'accesso alle qualifiche funzionali del pubblico impiego per le quali ne è prescritto il possesso».

Art. 7. *(a)*.

Dipartimenti di prevenzione

1. *Le regioni istituiscono presso ciascuna unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle unità sanitarie locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi:*

a) *igiene e sanità pubblica;*

b) *prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;*

c) *igiene degli alimenti e della nutrizione;*

d) *veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.*

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria.

2. *Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.*

3. *I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.*

(a) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art. 8 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il testo degli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge n. 833/1978 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) è il seguente:

«Art. 16 *(Servizi sanitari)*. — La legge regionale stabilisce norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilasssi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale. La legge regionale individua anche le relative strutture multizonali e ne regola il funzionamento ai sensi dell'art. 18».

«Art. 20 *(Attività di prevenzione)*. Le attività di prevenzione comprendono:

a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'art. 4, nonché al fine della tenuta dei registri di cui al penultimo comma dell'art. 27; i predetti compiti sono realizzati anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di protezione prodotti, installati o utilizzati nel territorio dell'unità sanitaria locale in attuazione delle funzioni definite dall'art. 14;

b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione degli strumenti informativi di cui al successivo art. 7, e le rappresentanze sindacali;

c) l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia, e l'esercizio delle attività delegate ai sensi del primo comma, lettere *a), b), c) d)* ed *e)* dell'art. 7;

d) la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;

e) la profilassi degli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;

f) la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoranti interessati.

Nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali, garantendo per quanto alla lettera *d)* del precedente comma la tutela del segreto industriale, si avvalgono degli operatori sia dei propri servizi di igiene, sia dei presidi specialistici multizonali di cui al successivo art. 22, sia degli operatori che, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione

Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro, concernenti la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di misure necessarie ed idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, connesse alla particolarità del lavoro e non previste da specifiche norme di legge, sono effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro, secondo le modalità previste dai contratti o accordi collettivi applicati nell'unità produttiva».

«Art 21 *(Organizzazione dei servizi di prevenzione)* — In relazione agli standards fissati in sede nazionale, all'unità sanitaria locale sono attribuiti, con decorrenza 1° gennaio 1980, i compiti attualmente svolti dall'ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'art 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n 616.

Per la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia dell'ambiente le unità sanitarie locali organizzano propri servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive

In applicazione di quanto disposto nell'ultimo comma dell'art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, spetta al prefetto stabilire, su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi di ciascuna unità sanitaria locale, nonché ai presidi e ai servizi di cui al successivo art. 22, assumano, ai sensi delle vigenti leggi, la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione delle legislazioni sulla sicurezza del lavoro.

Al personale di cui al comma precedente è esteso il potere d'accesso attribuito agli ispettori del lavoro dall'art. 8, secondo comma, nonché la facoltà di diffida prevista dall'art. 9 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520.

Contro i provvedimenti adottati dal personale ispettivo, nell'esercizio delle funzioni di cui al terzo comma, è ammesso ricorso al presidente della giunta regionale che decide, sentite le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Il presidente della giunta può sospendere l'esecuzione dell'atto impugnato».

«Art. 22 *(Presidi e servizi multizonali di prevenzione)*. — La legge regionale, in relazione alla ubicazione e alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio:

a) individua le unità sanitarie locali in cui sono istituiti presidi e servizi multizonali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

b) definisce le caratteristiche funzionali e interdisciplinari di tali presidi e servizi multizonali;

c) prevede le forme di coordinamento degli stessi con i servizi di igiene ambientale e di igiene e medicina del lavoro di ciascuna unità sanitaria locale.

I presidi e i servizi multizonali di cui al comma precedente sono gestiti dall'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'art. 18».

Titolo II

PRESTAZIONI

Art. 8 *(a)*.

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1. *Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* ***(b)****, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti princìpi:*

a) *prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;*

b) *regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico quando ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;*

c) *prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;*

d) *prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;*

e) *concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitario per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno prevedere le specificità di settori aventi caratteristiche particolari e garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme graduali di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;*

f) *definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione. Ad essa è aggiunta una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati di cui alla lettera c) ed, eventualmente, delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;*

g) *disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito prioritariamen-*

te ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 ***(c)****, o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici che, alla data del 31 dicembre 1992, risultavano titolari di incarico per il servizio della guardia medica, per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n. 218* ***(d)****, e per i medici che alla data dell'entrata in vigore del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256* ***(c)****, risultavano iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale;*

h) *prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibili direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.*

1-bis. *Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(e)****, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833* ***(f)****. Entro il triennio indicato al comma 7, le regioni possono inoltre individuare aree di attività della guardia medica e della medicina dei servizi che, ai fini del miglioramento del servizio, richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici addetti a tali attività che al 31 dicembre 1992 risultavano titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(e)****, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400* ***(g)****, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.*

2. *Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* ***(b)****, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:*

a) *le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;*

b) *per il servizio di cui alla lettera* a) *l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera* c) *non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;*

c) *demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera* b), *e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.*

3. Gli ordini ed i collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi ed ai collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. *Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833* ***(h)****, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:*

a) *garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;*

b) *garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria»* ***(i)*** *ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera* b);

c) *assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;*

d) *assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;*

e) *garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni*

microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) *prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;*

g) *prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;*

h) *definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.*

5. *L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dei professionisti. Con tali soggetti l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta delle suddette strutture o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.*

6. *Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833* ***(l)****. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato.*

7. *Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* ***(m)****, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto.*

8. *Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316* ***(n)****, 13 marzo 1992, n. 261* ***(o)****, 13 marzo 1992, n. 262* ***(p)****, e 18 giugno 1988, n. 255* ***(q)****. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833* ***(f)****, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* ***(b)****. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316* ***(n)****, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(e)****, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400* ***(g)****, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.*

9. *Le disposizioni di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* ***(r)****, relative al divieto di esercizio di attività libero-professionale comunque prestate in strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, si estendono alle attività prestate nelle istituzioni e strutture private con le quali l'unità sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui al precedente comma 5.*

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art. 9 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il comma 9 dell'art. 4 della legge n. 412/1991 (Disposizioni in materia di finanza pubblica) così recita: «La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'art. 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'art. 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula».

(c) Il D.Lgs. n. 256/1991, entrato in vigore il 31 agosto 1991, reca: «Attuazione della direttiva numero 86/457/CEE, relativa alla formazione specifica in medicina generale, a norma dell'art. 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212». Si trascrive il testo del relativo art. 2:

«Art. 2 *(Efficacia dell'attestato)*. — 1. Dal 1° gennaio 1995 il possesso dell'attestato di cui al comma 2 dell'art. 1, fatti salvi i diritti acquisiti di cui all'art. 6, costituisce titolo necessario per l'esercizio della medicina generale ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

2. È equiparato all'attestato di cui al comma 2 dell'art. 1 l'attestato di compiuto tirocinio teorico pratico per la formazione specifica in medicina generale rilasciato ai sensi del secondo comma dell'art. 8 del decreto ministeriale 10 ottobre 1988».

(d) Il D.P.R. n. 218/1992 reca il «Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, sottoscritto in data 31 gennaio 1991 e perfezionato in data 9 gennaio 1992».

(e) Il D.Lgs. n. 517/1993, modificativo dal decreto qui pubblicato, è entrato in vigore il 30 dicembre 1993.

(f) Si trascrive il testo dell'art. 48 della legge n. 833/78 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale):

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale)*. — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le Regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle Regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle Regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assisti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e al numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di rabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle Unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle Unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e i collegi professionali sono teuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandanti dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente Federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità,

sentita la suddetta Federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289».

(g) Si riporta l'art. 17 della legge n. 400/1988 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri):

«Art. 17 *(Regolamenti)*. — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio dei Stato che deve pronunziarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a) l'esecuzione delle leggi e dei decreti legislativi;

b) l'attuazione e l'integrazione delle leggi e dei decreti legislativi recanti norme di principio, esclusi quelli relativi a materie riservate alla competenza regionale;

c) le materie in cui manchi la disciplina da parte di leggi o di atti aventi forza di legge, sempre che non si tratti di materie comunque riservate alla legge;

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;

e) l'organizzazione del lavoro ed i rapporti di lavoro dei pubblici dipendenti in base agli accordi sindacali.

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il Consiglio di Stato, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti, con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari.

3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del Ministro o di autorità sottordinate al Ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più Ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei Ministri prima della loro emanazione.

4. I regolamenti di cui al comma 1 ed i regolamenti ministeriali ed interministeriali, che devono recare la denominazione di «regolamento», sono adottati previo parere dal Consiglio di Stato, sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale*».

(h) Per il testo dell'art. 43 della legge n. 833/1978 si veda la nota *(m)* all'art. 4.

(i) Il D.P.R. 24 dicembre 1992 recante: «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria», è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 153 del 2 luglio 1993.

(l) Si trascrive il testo dell'art. 25, ultimo comma, della legge n. 833/1978 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale): «Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti pubblici convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori dal proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta».

(m) Il comma 2 dell'art. 4 della citata legge n. 412/1991 così recita: «Le regioni, con apposito provvedimento programmatorio di carattere generale anche a stralcio del piano sanitario regionale, possono dichiarare la decadeza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e con le case di cura e rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza, nel rispetto delle indicazioni di cui agli articoli 9 e 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le convenzioni possono essere stipulate con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico in materia di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e in vitro. Dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che vi opera».

(n) Il D.P.R. n. 316/1990, reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

(o) Il D.P.R. n. 261/1992, reca: «Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli psicologi ambulatoriali, sottoscritto il 10 luglio 1991 e perfezionato il 28 gennaio 1992».

(p) Il D.P.R. n. 262/1992, reca: «Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi ambulatoriali, sottoscritto il 17 maggio 1991 e perfezionato il 9 gennaio 1992».

(q) Il D.P.R. n. 255/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i chimici ambulatoriali, sottoscritto ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978».

(r) L'art. 4, comma 7, della citata legge n. 412/1991 è il seguente: «7. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento della incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unità sanitaria locale al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. Le situazioni di incompatibilità devono cessare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. A decorrere dal 1° gennaio 1993, al personale medico con rapporto di lavoro a tempo definito, in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, è garantito il passaggio, a domanda, anche in soprannumero, al rapporto di lavoro a tempo pieno. In corrispondenza dei predetti passaggi si procede alla riduzione delle dotazioni organiche sulla base del diverso rapporto orario, con progressivo riassorbimento delle posizioni soprannumerarie. L'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Le disposizioni del presente comma si applicano anche al personale di cui all'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Per detto personale all'accertamento delle incompatibilità provvedono le autorità accademiche competenti. Resta valido quanto stabilito dagli articoli 78, 116 e 117 del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384. In sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è definito il campo di applicazione del principio di unicità del rapporto di lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali».

Art. 9 *(a)*.
Forme integrative di assistenza sanitaria

1. *Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale. Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari sono le seguenti:*

a) *contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;*

b) *accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;*

c) *regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute.*

Il fondo integrativo sanitario è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata.

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 ***(b)****, con regolamento emanato dal Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono dettate disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi sanitari. Il regolamento disciplina:*

1) *le modalità di costituzione, in linea con i principi fissati dall'art. 4, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124 (c);*

2) *la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;*

3) *le forme di contribuzione;*

4) *le modalità della vigilanza facente capo al Ministero della sanità;*

5) *le modalità di scioglimento.*

Le società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari sono equiparate ai fondi sanitari di cui al presente articolo.

(a) Il presente articolo è stato sostituito dall'art. 10 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il D.Lgs n. 517/1993, modificativo del decreto qui publicato, è entrato in vigore il 30 dicembre 1993.

(c) Si riportano i commi 1, 2 e 3 dell'art. 4 del D. Lgs. 21 aprile 1993, n. 124 (Disciplina delle forme pensionistiche complementari a norma dell'art. 3, comma 1, lettera *v)*, della legge 23 ottobre 1992, n. 421):

«1. Fondi pensione sono costituiti:

a) come soggetti giuridici, di natura associativa ai sensi dell'art. 36 del codice civile, distinti dai soggetti promotori dell'iniziativa;

b) come soggetti dotati di personalità giuridica ai sensi dell'art. 12 del codice civile; in tale caso il procedimento per il riconoscimento rientra nelle competenze del Ministero del lavoro e della previdenza sociale ai sensi dell'art. 2, comma 1, della legge 12 gennaio 1991, n. 13.

2. Fondi pensione possono essere costituiti altresì nell'ambito del patrimonio di una singola società o di un singolo ente pubblico anche economico attraverso la formazione con apposita deliberazione di un patrimonio di destinazione, separato ed autonomo, nell'ambito del patrimonio della medesima società od ente, con gli effetti di cui all'art. 2117 del codice civile.

3. L'esercizio dell'attività dei fondi pensione è sottoposto a preventiva autorizzazione del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentita la commissione di cui all'art. 16. Con uno o più decreti da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, il Ministro del lavoro e della previdenza sociale determina, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo:

a) le modalità di presentazione dell'istanza, gli elementi documentali e informativi a corredo della stessa e ogni altra modalità procedurale, nonché i termini per il rilascio dell'autorizzazione;

b) i requisiti formali di costituzione, nonché gli elementi essenziali sia dello statuto sia dell'atto di destinazione del patrimonio, con particolare riferimento ai profili della trasparenza nei rapporti con gli iscritti ed ai poteri degli organi collegiali;

c) i requisiti per l'esercizio dell'attività, con particolare riferimento all'onorabilità e professionalità dei componenti degli organi collegiali e, comunque, dei responsabili del fondo, facendo riferimento ai criteri di cui all'art. 3 della legge 2 gennaio 1991, n. 1, da graduare sia in funzione delle modalità di gestione del fondo stesso sia in funzione delle eventuali delimitazioni operative contenute negli statuti;

d) i contenuti e le modalità del protocollo di autonomia gestionale, che deve essere sottoscritto dal datore di lavoro».

Art. 9-*bis* *(a)*.
Sperimentazioni gestionali

1. *Le sperimentazioni gestionali previste dall'art. 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* ***b)****, sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.*

In sede di prima attuazione, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome individua nove aziende unità sanitarie locali e/o ospedaliere, equamente ripartite nelle circoscrizioni territoriali del Nord, Centro e Sud Italia, in cui effettuare le predette sperimentazioni.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

(a) Il presente articolo è stato aggiunto dall'art. 11 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il comma 6 dell'art. 4 della legge n. 421/1991 (Disposizioni in materia di finanza pubblica) prevede che: «In deroga alla normativa vigente, e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi e quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi».

Art. 10 *(a)*.

Controllo di qualità

1. *Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.*

2. *Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'art. 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni. Il Ministro della sanità interviene nell'esercizio del potere di alta vigilanza.*

3. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

4. Il Ministro della sanità accerta, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica e delle commissioni professionali di verifica ed acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il Ministro provvede direttamente.

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art. 12 del D.Lgs. n. 517/1993.

Titolo III

FINANZIAMENTO

Art. 11 *(a)*.

Versamento contributi assistenziali

1. I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'I.N.P.S. i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.

2. *In sede di prima applicazione, nei primi cinque mesi del 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.*

3. I datori di lavoro agricoli versano allo SCAU, con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo SCAU riversa all'I.N.P.S. i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33 *(b)*, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle Casse marittime che provvedono a riversarli all'I.N.P.S. entro quindici giorni dalla riscossione.

4. *Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale entro il bimestre successivo a quello della loro riscossione.*

5. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n. 413 *(c)*.

6. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento o contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

7. *Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1° gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi cinque mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di giugno 1993.*

8. Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6 provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.

9. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1° gennaio di ciascun anno dall'iscritto al Servizio sanitario nazionale.

10. *Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.N.P.S. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accreditamento dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento agli interi primi cinque mesi del 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.N.P.S. provvede, entro il 30 agosto 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nei primi cinque mesi del 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del Fondo sanitario nazionale. Con decreto del Ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.*

11. *I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione è inviato alle regioni il rendiconto del primo semestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello Stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al Parlamento del rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.*

12. Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, ***(d)*** l'articolo 17 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1949, ***(e)*** e l'articolo 2 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1954. ***(f)***.

13. Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1° gennaio 1993.

14. Per l'anno 1993 il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.

15. *Il CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome delibera annualmente l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale attribuiti a ciascuna delle regioni. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, erogata per il medesimo anno.*

16. *In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n. 8* ***(g)****, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi sette mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.*

17. *A decorrere dall'anno 1994, il Ministro del tesoro è autorizzato a concedere alle regioni anticipazioni mensili da accreditare ai conti correnti relativi ai contributi sanitari in essere presso la Tesoreria centrale dello Stato, nei limiti di un dodicesimo dell'importo complessivo presunto dei contributi sanitari alle stesse attribuiti nonché delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente deliberate dal CIPE, in favore delle medesime regioni, in ciascun anno; nelle more della deliberazione del CIPE le predette anticipazioni mensili sono commisurate al 90 per cento dell'importo complessivo presunto dei contributi sanitari e delle quote del Fondo sanitario nazionale relativi all'anno precedente.*

18. *È abrogato l'art. 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8* ***(g)***.

19. *Alla copertura finanziaria dell'eventuale differenza tra il complesso dei contributi sanitari previsto in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale ed i contributi effettivamente riscossi dalle regioni si provvede mediante specifica integrazione del Fondo sanitario nazionale quantificata dalla legge finanziaria ai sensi dell'art. 11, comma 3, lettera* d)*, della legge 5 agosto 1978, n. 468* ***(h)***.

20. *La partecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini italiani, compresi i familiari, i quali risiedono in Italia e sono, in esecuzione di trattati bilaterali o multilaterali stipulati dall'Italia, esentati da imposte dirette o contributi sociali di malattia sui salari, emolumenti ed indennità percetti per il servizio prestato in Italia presso missioni diplomatiche o uffici consolari, sedi o rappresentanze di organismi o di uffici internazionali, o Stati esteri, è regolata mediante convenzioni tra il Ministero della sanità, il Ministero del tesoro, e gli organi competenti delle predette missioni, sedi o rappresentanze e Stati.*

(a) Il presente articolo è stato così modificato dall'art. 13 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il D. L. n. 663/1979 reca: «Provvedimenti per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per la previdenza, per il contenimento del costo del lavoro e per la proroga dei contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni in base alla legge 1° giugno 1977, n. 285, sull'occupazione giovanile». Si trascrive il testo dell'ultimo comma del relativo art. 1: «Fino alla data di entrata in vigore della legge di

riordinamento della materia concernente le prestazioni economiche di maternità, malattia ed infortunio di cui all'art 74, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n 833, l'accertamento, la riscossione dei contributi sociali di malattia — stabiliti per i marittimi in misura pari all'aliquota vigente nell'anno 1979 per gli operai dell'industria — e il pagamento delle prestazioni economiche di malattia e maternità per gli iscritti alle casse marittime per gli infortuni sul lavoro e le malattie restano affidati, con l'osservanza delle norme già in vigore, alle gestioni previdenziali delle casse stesse mediante convenzione con l'Istituto nazionale della previdenza sociale, che rimborserà gli oneri relativi al servizio prestato per suo conto»

(c) Il testo dell'art 14 della legge n 413 1991 (Disposizioni per ampliare le basi imponibili, per razionalizzare, facilitare e potenziare l'attività di accertamento, disposizioni per la rivalutazione obbligatoria dei beni immobili delle imprese, nonché per riformare il contenzioso e per la definizione agevolata dei rapporti tributari pendenti, delega al Presidente della Repubblica per la concessione di amnistia per reati tributari, istituzioni di assistenza fiscale e del conto fiscale) è il seguente

«Art 14 — 1 A decorrere dall'anno 1992 il contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 31, commi 8, 9 e 11, della legge 28 febbraio 1986, n 41, e successive modificazioni, è dovuto sulla base degli imponibili stabiliti dalla predetta legge relativi al medesimo anno

2. Ai fini della dichiarazione, dell'accertamento, della riscossione del predetto contributo e delle relative sanzioni si applicano le disposizioni *vigenti in materia di imposte sui redditi*

3 I versamenti effettuati a titolo di contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale nell'anno 1992 in applicazione delle disposizioni vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge sono computati a titolo di acconto delle somme dovute per lo stesso titolo sulla base degli imponibili dichiarati nella dichiarazione dei redditi da presentare per il medesimo anno

4 Con decreti del Ministro delle finanze, di concerto con i Ministri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e della sanità, da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* entro il 30 giugno 1992, da emanare ai sensi dell'art 17 della legge 23 agosto 1988, n 400, sono stabiliti criteri e modalità per l'attuazione delle disposizioni recate dai commi precedenti»

(d) Il R D n. 2440 1923 reca «Nuove disposizioni sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato». Si trascrive il testo del secondo comma del relativo art. 63. «Le ritenute, di cui alla lettera *e)*, dovute allo Stato, possono essere regolate con procedimenti semplificati, da stabilirsi con decreti del Ministro delle finanze, in base a valutazioni medie sull'intero stanziamento di ciascun capitolo»

(e) Il R D n 1949,1940 reca «Modalità di accertamento dei contributi dovuti dagli agricoltori e dai lavoratori dell'agricoltura per le associazioni professionali, per l'assistenza malattia, per l'invalidità e vecchiaia, per la tubercolosi, per la nuzialità e natalità, per l'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro in agricoltura e per la corresponsione degli assegni familiari, e modalità per l'accertamento dei lavoratori dell'agricoltura» Si trascrive il testo del relativo art 17

«Art 17 *(Riparto e pagamento dei contributi)* Il Ministero delle corporazioni, sentite le confederazioni degli agricoltori e dei lavoratori dell'agricoltura, dispone il pagamento dei contributi riscossi alle associazioni ed enti interessati

Dei contributi per le associazioni professionali lo stesso ministero, sentite le dette confederazioni, stabilisce, prelevando le quote dovute per legge, il riparto tra le associazioni stesse e ne ordina i pagamenti»

(f) Il testo dell'art 2 del R D n 1954 1940 (Modalità per la riscossione e il versamento dei contributi dovuti dagli agricoltori e dai lavoratori dell'agricoltura per le associazioni professionali, per l'assistenza malattia, per l'invalidità e la vecchiaia, per la tubercolosi, per la nuzialità e natalità, per l'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro in agricoltura e per la corresponsione degli assegni familiari) è il seguente:

«Art 2 *(Assegnazione dei contributi)* — Sulle somme versate sui conti designati a norma del precedente articolo, spetta al Ministro per le corporazioni, sentite, se del caso, le due confederazioni degli agricoltori e dei lavoratori dell'agricoltura, ordinare i pagamenti agli enti interessati»

(g) Il comma 3 dell'art 5 del D L n 382/1989 (Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali), abrogato dal decreto qui pubblicato, così recitava· «Nelle more degli accreditamenti di cui al sesto comma dell'art. 35 della legge 30 marzo 1981, n 119, su richiesta delle unità sanitarie locali, la Direzione generale del tesoro autorizza le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato a corrispondere anticipazioni mensili, ciascuna per un importo non superiore ad un terzo della quota del trimestre precedente. Detti importi, che saranno indicati dalle unità sanitarie locali nella richiesta alla Direzione generale del tesoro, vengono versati dalle sezioni di tesoreria provinciale dello Stato nelle contabilità speciali infruttifere e scritturati dalle medesime in conto sospeso Le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato, all'atto dell'accreditamento nelle contabilità infruttifere delle unità sanitarie locali delle quote indicate nei piani di riparto regionale, provvedono ad eliminare i sospesi di cui sopra, defalcando gli importi anticipati dalle quote relative al riparto»

(h) Si riporta l'art 11, comma 3, lettera *d)* della legge n 468/1978 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio)

«3 La legge finanziaria non può introdurre nuove imposte, tasse e contributi, né può disporre nuove o maggiori spese, oltre a quanto previsto dal presente articolo Essa contiene

a)-b)-c) (omissis)

d) la determinazione, in apposita tabella, della quota da iscrivere nel bilancio di ciascuno degli anni considerati dal bilancio pluriennale per le leggi di spesa permanente la cui quantificazione è rinviata alla legge finanziaria»

Art. 12 (*a*).

Fondo sanitario nazionale

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2. *Una quota pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di·*

a) *attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da·*

1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza,

2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

3) Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;

4) Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

b) *iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie;*

c) *rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.*

A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'art. 11, comma 3, lettera d), *della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni* (*b*).

3. *Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'art. 1, con riferimento ai seguenti elementi:*

a) *popolazione residente;*

b) *mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;*

c) *consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.*

4. *Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale assicura quote di finanziamento destinate al riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.*

5. *Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente assicura altresì, nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto, quote di finanziamento destinate alle regioni che presentano servizi e prestazioni eccedenti quelli da garantire comunque a tutti i cittadini rapportati agli standard di riferimento.*

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel Fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281 (*c*), come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le provincie autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

(*a*) Il presente articolo è stato così modificato dall'art. 14 del D.Lgs. n. 517/1993.

(*b*) Per il testo dell'art. 11, comma 3, lettera *d)*, della legge n. 468/1978 si veda la nota (*h*) all'art. 11.

(*c*) La legge n. 281/1970 reca: «Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle regioni a statuto ordinario». Si trascrive il testo del relativo art. 8:

«Art. 8 *(Partecipazione al gettito di imposte erariali)*. — Nello stato di previsioné della spese del Ministero del tesoro è istituito un fondo il cui ammontare è commisurato al gettito annuale dei seguenti tributi erariali nelle quote sotto indicate:

a) il 15 per cento dell'imposta di fabbricazione sugli olii minerali, loro derivati e prodotti analoghi [a decorrere dall'anno 1993 la quota è ridotta al 3,10 per cento dall'art. 4, comma 5, della legge 23 dicembre 1992, n. 500, *n.d.r.*];

b) il 75 per cento dell'imposta di fabbricazione e dei diritti erariali sugli spiriti;

c) il 75 per cento delle imposte di fabbricazione sulla birra;

d) il 75 per cento delle imposte di fabbricazione sullo zucchero; sul glucosio, maltosio e analoghe materie zuccherine;

e) il 75 per cento dell'imposta di fabbricazione sui gas incondensabili di prodotti petroliferi e sui gas resi liquidi con la compressione;

f) il 25 per cento dell'imposta erariale sul consumo dei tabacchi.

Le quote suindicate sono commisurate all'ammontare complessivo dei versamenti in conto competenza e residui, relativi al territorio delle regioni a statuto ordinario ed affluiti alle sezioni di tesoreria provinciale dello Stato nel penultimo anno finanziario antecedente a quello di devoluzione, al netto dei rimborsi per qualsiasi causa effettuati nel medesimo anno.

Sono riservati allo Stato i proventi derivanti da maggiorazioni di aliquote o altre modificazioni dei tributi di cui sopra, che siano disposte successivamente all'entrata in vigore della presente legge, quando siano destinati per legge alla copertura di nuove o maggiori spese a carico del bilancio statale.

La percentuale del gettito complessivo del tributo, attribuibile alle modificazioni e maggiorazioni di aliquote previste dal precedente comma, è determinata con la legge di bilancio.

Il fondo comune è ripartito fra le regioni a statuto ordinario con decreto del Ministro per il tesoro di concerto con quello per le finanze nel modo seguente:

A) per i sei decimi, in proporzione diretta alla popolazione residente in ciascuna regione, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica [ora Istituto nazionale di statistica, *n.d.r.*] relativi al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione;

B) per un decimo in proporzione diretta alla superficie di ciascuna regione, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica relativi al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione;

C) per i tre decimi, fra le regioni in base ai seguenti requisiti:

a) tasso di emigrazione al di fuori del territorio regionale, relativo al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica;

b) grado di disoccupazione, relativo al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione, quale risulta dal numero degli iscritti nelle liste di collocamento appartenenti alla prima e seconda classe, secondo i dati ufficiali rilevati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

c) carico *pro-capite* dell'imposta complementare progressiva sul reddito complessivo posta in riscossione mediante ruoli nel penultimo anno antecedente a quello della devoluzione, quale risulta dai dati ufficiali pubblicati dal Ministero delle finanze. Con l'entrata in vigore dei provvedimenti di attuazione della riforma tributaria, il carico *pro-capite* sarà riferito ad altra imposta corrispondente

La determinazione delle somme spettanti alle regioni sui tre decimi del fondo è fatta in ragione diretta della popolazione residente, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica, relativa al penultimo anno antecedente a quello della ripartizione, nonché in base alla somma dei punteggi assegnati a ciascun requisito nella tabella annessa alla presente legge.

Al pagamento delle somme spettanti alle regioni, il Ministero del tesoro provvede bimestralmente con mandati diretti intestati a ciascuna regione.

Con successiva legge, da emanarsi non appena l'Istituto centrale di statistica abbia elaborato e pubblicato i dati relativi alla distribuzione regionale del reddito nazionale e comunque non oltre due anni, saranno riveduti i criteri di ripartizione del fondo comune di cui alla lettera *C)* del quinto comma del presente articolo, osservando il principio di una perequazione in ragione inversamente proporzionale al reddito medio *pro-capite* di ciasuna regione».

La quota percentuale indicata al primo comma, lettera *a)*, del suesteso art 8 è diversamente stabilita, per l'anno 1992, dall'art. 5, comma 2, della legge 31 dicembre 1991, n 415 (successivamente modificato dall'art. 1, comma 3, del D.L. 11 luglio 1992, n. 333, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1992, n. 359), che si riporta qui di seguito per opportuna conoscenza: «2 Per l'anno 1992 la quota del 15 per cento dell'imposta di fabbricazione sugli oli minerali, loro derivati e prodotti analoghi, indicata all'art. 8, primo comma, lettera *a)*, della legge 16 maggio 1970. n 281, è ridotta al 10,50 per cento».

Art. 13.

Autofinanziamento regionale

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41 (*a*), di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera *i)* della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (*b*).

3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

(*a*) Il testo dell'art 29 della legge n 41/1986 (Legge finanziaria 1986) è il seguente

«Art 29. — 1 A decorrere dal 1° gennaio 1986 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in relazione agli obiettivi definiti con la programmazione regionale e locale, nonché, se necessario, allo scopo di garantire il pareggio dei bilanci delle unità sanitarie locali, possono prevedere·

a) l'erogazione delle prestazioni di cui ai commi 1, 2 e 3 del precedente art 28 in forma indiretta con partecipazione alle spese anche differenziata per reddito;

b) maggiorazioni delle vigenti quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni, ferma restando l'esenzione dei soggetti esonerati dalla partecipazione stessa in base a leggi nazionali;

c) la temporanea eliminazione dalle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art 7 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, recante norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988, di una o più delle seguenti prestazioni. prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale a domicilio, prestazioni fisioterapiche oltre due cicli nell'anno, salvo documentate forme croniche; prestazioni di assistenza infermieristica e ostetrica a domicilio; prestazioni di ricovero ospedaliero in assistenza indiretta, salvo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 3 della detta legge 23 ottobre 1985, n 595 Le prestazioni di cui sopra possono tuttavia essere erogate quali prestazioni facoltative nel rispetto di quanto disposto dal comma 7 dell'art 3 della stessa legge.

2 Tale previsione va formulata, di regola, al momento della ripartizione del fondo sanitario regionale alle unità sanitarie locali.

3 Restano ferme le disposizioni di cui al comma 4 del precedente art 28»

(*b*) La legge n 421/1992 reca «Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale». Si trascrive il testo del relativo art 1, comma 1, lettera *i)*

«1 Ai fini della ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, con riferimento all'art 32 della Costituzione, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia, il Governo della Repubblica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi

a)-h) (*omissis*),

i) prevedere l'attribuzione, a decorrere dal 1° gennaio 1993, alle regioni e alle province autonome dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale localmente riscossi con riferimento al domicilio fiscale del contribuente e la contestuale riduzione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni; imputare alle regioni e alle province autonome gli effetti finanziari per gli eventuali livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, per le dotazioni di presidi e di posti-letto eccedenti gli standard previsti e per gli eventuali disavanzi di gestione da ripianare con totale esonero finanziario dello Stato, le regioni e le province autonome potranno far fronte ai predetti effetti finanziari con il proprio bilancio, graduando l'esonero dai ticket, salvo restando l'esonero totale dei farmaci salva-vita, variando in aumento entro il limite del 6 per cento l'aliquota dei contributi al lordo delle quote di contributo fiscalizzate per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, oppure, in sostituzione anche parziale, variando in aumento entro il limite del 75 per cento l'aliquota dei tributi regionali vigenti; stabilire le modalità ed i termini per la riscossione dei prelievi contributivi»

Titolo IV

PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Art. 14 (*a*).

Diritti dei cittadini

1. *Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.*

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. *Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993.*

7. *È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge 11 agosto 1991, n. 266 (**b**), e dalle leggi regionali attuative.*

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il

pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

(*a*) Il presente articolo è stato così modificato dall'art 15 del D Lgs n 517 1993

(*b*) La legge n 266 1991 è la legge quadro sul volontariato

Titolo V

PERSONALE

Art 15 (*a*).

Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario

1. La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

2. *Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio, spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici, al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza. Gli incarichi dirigenziali riferiti ai settori o moduli organizzativi di cui agli articoli 47 e 116 del decreto del Presidente della Repubblica 23 novembre 1990, n 384 (**b**), ridefiniti ai sensi degli articoli 30 e 31 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni (**c**), sono conferiti dal direttore generale, su proposta dei dirigenti di secondo livello, con le procedure di cui all'articolo 19 del medesimo decreto (**d**). A tutto il personale dirigente del ruolo sanitario si applica il disposto dell'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni (**d**).*

3. *Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella* Gazzetta Ufficiale *della Repubblica italiana, dal direttore generale sulla base del parere di un'apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti nella disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno designato dalla regione ed uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello del Servizio sanitario nazionale; in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal Ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione predispone l'elenco degli idonei previo colloquio e valutazione del* curriculum *professionale degli interessati. L'incarico che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite. La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato dalla regione e l'altro dal consiglio dei sanitari, entrambi esterni all'unità sanitaria locale. Il dirigente non confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del primo livello dirigenziale.*

4 Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui al comma precedente.

5 Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.

(*a*) Il presente articolo è stato così modificato dall'art 16 del D Lgs n 517/1993

(*b*) Si riportano gli articoli 47 e 116 del D P R n 384/1990 (Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art 6 del D P R 5 marzo 1986, n 68)

«Art 47 *(Qualificazione professionale del personale ricompreso nella posizione funzionale di X livello retributivo)* — 1 Ferme restando le competenze e le attribuzioni del personale apicale di cui alle vigenti disposizioni, per il personale di ruolo appartenente alla posizione funzionale intermedia di X livello retributivo dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, al quale con atto formale dell'ente, previa selezione, sia affidata la responsabilità di un servizio all'interno dell'organizzazione divisionale o dipartimentale ovvero di un settore o modulo organizzativo — secondo l'articolazione interna dei servizi istituzionali prevista dalla vigente legislazione nazionale o regionale in materia — ovvero da atti di indirizzo o regolamentari, a decorrere dal 1° dicembre 1990, le indennità sottoindicate sono così rideterminate

Farmacisti, biologisti, chimici, fisici, psicologisti coadiutori.

A) Indennità specialistica L 3 360 000

B) Indennità di dirigenza L. 3 400 000

Avvocati, analisti, statistici, sociologi coadiutori:

A) Indennità tecnico professionale L. 11.810.000.

Direttori amministrativi:

A) Indennità di direzione L. 11.810.000.

2. Ai fini di cui sopra, l'Ente procede entro il 31 ottobre 1990 alla preventiva ricognizione delle necessità organizzative indicate nel comma 1, ricomprendendovi anche ogni analogo provvedimento organizzatorio in atto, previa consultazione delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.

3. L'individuazione delle funzioni sopra descritte, che deve essere effettuata sulla base delle reali esigenze di servizio correlate con l'organizzazione del lavoro, non può, comunque, superare per il personale del ruolo sanitario il 20% della dotazione organica complessiva dei relativi posti di posizione funzionale intermedia previsti nelle piante organiche provvisorie o definitive dell'ente e, per gli altri ruoli, il 40% delle complessive dotazioni organiche dei relativi posti. Dette percentuali sono calcolate tenendo conto anche della previa trasformazione ai sensi dell'art. 8, comma 3.

4. Alla selezione prevista dal comma 1 sono ammessi i dipendenti di posizione funzionale intermedia di ruolo previsti dal medesimo comma 1 in possesso di una anzianità di cinque anni di servizio nella posizione medesima o di specializzazione nella disciplina o di specializzazione strettamente connessa alle funzioni da affidare. La valutazione, per la selezione di cui al comma 1, avviene secondo i criteri previsti dal decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, con particolare riguardo, nel *curriculum* formativo e professionale, ai titoli attinenti alla funzione da ricoprire. La valutazione è affidata ad un collegio tecnico costituito per il personale del ruolo sanitario dal coordinatore sanitario e, per il personale del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo dal coordinatore amministrativo, nonché da due dirigenti di posizione funzionale non inferiore a quella intermedia dei rispettivi ruoli e profili, di cui uno designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

5. Nella prima applicazione, la decorrenza del beneficio di cui al comma 1, è fissata al 1° dicembre 1990 per i dipendenti interessati in possesso dei requisiti richiesti alla medesima data, ancorché l'affidamento formale delle funzioni previste dal comma 1 sia intervenuto successivamente.

6. L'affidamento delle funzioni di cui al comma 1, nelle successive applicazioni avviene nei limiti della disponibilità del contingente numerico individuato nel comma 3, salvo che non intervengano modifiche delle piante organiche provvisorie o definitive, ai sensi delle disposizioni richiamate nel comma 1 da effettuarsi secondo le procedure previste dalle leggi vigenti».

«Art. 116 *(Qualificazione professionale del personale medico e veterinario di posizione intermedia).* — 1. Ferme restando le competenze e le attribuzioni del personale apicale di cui alle vigenti disposizioni, nei confronti del personale medico e veterinario di ruolo appartenente alla posizione funzionale intermedia, al quale con atto formale dell'ente, previa selezione, sia affidata la responsabilità di un settore o modulo organizzativo o funzionale all'interno dell'organizzazione divisionale o dipartimentale — come previsti nell'articolazione interna dei servizi istituzionali dalla vigente legislazione nazionale o regionale in materia — ovvero lo svolgimento di particolari funzioni all'interno di strutture ospedaliere di alta specializzazione di cui al decreto ministeriale previsto dall'art. 5 della legge 25 ottobre 1985, n. 595, a decorrere dal 1° dicembre 1990 l'indennità medico specialistica è rideterminata in L. 3.360.000 annue lorde per i medici a tempo pieno, nonché per i veterinari che non esercitano la libera attività professionale extramuraria, ed in L. 2.520.000 annue lorde per i medici a tempo definito, nonché per i veterinari che esercitano la libera professione extramuraria. L'indennità di dirigenza medica è, invece, rideterminata in L. 3.400.000.

2. Ai fini di cui sopra, l'ente deve procedere entro il 31 ottobre 1990 alla preventiva ricognizione delle necessità organizzative indicate nel comma 1, ricomprendendovi anche in ogni analogo provvedimento organizzatorio in atto, previa consultazione dell'organizzazioni sindacali mediche maggiormente rappresentative.

3. L'individuazione delle funzioni sopra descritte deve essere effettuata sulla base delle reali esigenze di servizio ritenendosi funzionale con l'organizzazione un rapporto medio complessivo pari al doppio — per i medici e veterinari di posizione funzionale intermedia dipendenti dalla unità sanitaria locale — della dotazione organica del personale di posizione funzionale medico apicale, che non può, comunque, superare il 50% della dotazione organica complessiva dei posti di posizione funzionale intermedia prevista nelle piante organiche provvisorie o definitive dell'Ente. Detta percentuale è calcolata tenendo conto anche della previa trasformazione ai sensi dell'art. 78, comma 3.

4. Alla selezione prevista dal comma 1 sono ammessi i medici e veterinari di posizione funzionale intermedia di ruolo in possesso di una anzianità di cinque anni di servizio nella posizione e di specializzazione nella disciplina o in disciplina strettamente connessa alle funzioni da affidare, ovvero di un'anzianità di sette anni di servizio nella posizione funzionale intermedia o infine di un'anzianità di tre anni di servizio nella posizione medesima ed in possesso dell'idoneità primariale nella disciplina. La valutazione per la selezione di cui al comma 1 avviene secondo i criteri previsti dal decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982 (pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982), con particolare riguardo, nel *curriculum* formativo e professionale, ai titoli attinenti alla funzione da ricoprire. La valutazione è affidata ad un collegio tecnico costituito da tre medici o veterinari di posizione funzionale apicale, di cui uno della stessa disciplina del personale medico o veterinario di posizione intermedia da valutare (o, in mancanza, di disciplina equipollente o affine), prescelto dall'amministrazione, uno della divisione o servizio interessato, in carenza del quale alla designazione provvede l'ordine provinciale dei medici, ed uno designato dalle organizzazioni Sindacali mediche maggiormente rappresentative.

5. Nella prima applicazione, la decorrenza del beneficio di cui al comma 1 è fissata al 1° dicembre 1990 per i dipendenti medici e veterinari interessati in possesso dei requisiti richiesti alla medesima data, ancorché l'affidamento formale delle funzioni previste dal comma 1 sia intervenuto successivamente.

6. L'affidamento delle funzioni di cui al comma 1 nelle successive applicazioni avviene nei limiti della disponibilità del contingente numerico individuato nel comma 3, salvo che intervengano modifiche delle piante organiche provvisorie o definitive, ai sensi delle disposizioni richiamate nel comma 1, da effettuarsi secondo le procedure previste dalle leggi vigenti».

(c) Si riportano gli articoli 30 e 31 del D.Lgs. n. 29/1993, come modificati dal D.Lgs. n. 470/1993:

«Art. 30 *(Individuazione di uffici e piante organiche; gestione delle risorse umane).* — 1. Le amministrazioni pubbliche individuano i propri uffici e, previa informazione alle rappresentanze sindacali di cui all'art. 45, comma 8, definiscono le relative piante organiche, in funzione delle finalità indicate all'art. 1, comma 1, e sulla base dei criteri di cui all'articolo 5. Esse curano la ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale.

2. Per la ridefinizione degli uffici e delle piante organiche si procede periodicamente, e comunque a scadenza triennale, secondo il disposto dell'articolo 6 in base a direttive emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, di concerto con il Ministero del tesoro. Restano salve le disposizioni vigenti per la determinazione delle piante organiche del personale degli istituti e scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative.

3. Le disposizioni di cui all'art. 57 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, così come modificate ed integrate dal decreto legislativo 19 luglio 1993, n. 247, e successive modificazioni, trovano applicazione a decorrere dalla data di emanazione, in ciascuna amministrazione, dei provvedimenti di ridefinizione degli uffici e delle piante organiche di cui agli articoli 30 e 31 del medesimo decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e comunque a decorrere dal 30 giugno 1994».

«Art. 31 *(Individuazione degli uffici dirigenziali e determinazione delle piante organiche in sede di prima applicazione del presente decreto).* — 1. In sede di prima applicazione del presente decreto, le amministrazioni pubbliche procedono:

a) alla rilevazione di tutto il personale distinto per circoscrizione provinciale e per sedi di servizio, nonché per qualifiche e specifiche professionalità, evidenziando le posizioni di ruolo numerarie e soprannumerarie, non di ruolo, fuori ruolo, comando, distacco e con contratto a tempo determinato e a tempo parziale;

b) alla formulazione di una proposta di ridefinizione dei propri uffici e delle piante organiche in relazione ai criteri di cui all'articolo 5, ai carichi di lavoro, nonché alla esigenza di integrazione per obiettivi delle risorse umane e materiali, evitando le eventuali duplicazioni e soprapposizioni di funzioni ed al fine di conseguire una riduzione per accorpamento degli uffici dirigenziali, e, in conseguenza, delle dotazioni organiche del personale dirigenziale, in misura non inferiore al dieci per cento, riservando un contingente di dirigenti per l'esercizio delle funzioni di cui all'art. 17, comma 1, lettera *b)*;

c) alla revisione delle tabelle annesse al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 420, al fine di realizzare, anche con riferimento ai principi ed ai criteri fissati nel titolo I del presente decreto ed in particolare negli articoli 4, 5 e 7, una più razionale assegnazione e distribuzione dei posti delle varie qualifiche per ogni singola unità scolastica, nel limite massimo della consistenza numerica complessiva delle unità di personale previste nelle predette tabelle.

2. *Sulla base di criteri definiti, previo eventuale esame con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale, di cui all'art. 45, comma 8, e secondo le modalità di cui all'art. 10, le amministrazioni pubbliche determinano i carichi di lavoro con riferimento alla quantità totale di atti e di operazioni per unità di personale prodotti negli ultimi tre anni, a tempo standard di esecuzione delle attività e, ove rilevi, al grado di copertura del servizio reso, in rapporto alla domanda espressa e potenziale. Le amministrazioni informano le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale di cui all'art. 45, comma 8, sulla applicazione dei criteri di determinazione dei carichi di lavoro.*

3. Le rilevazioni e le proposte di cui al comma 1 sono trasmesse, anche separatamente, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica e al Ministero del tesoro entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

4. All'approvazione delle proposte si procede secondo le modalità e nei limiti previsti dall'art. 6 quanto alle amministrazioni statali, comprese le aziende e le amministrazioni anche di ordinamento autonomo, e con i provvedimenti e nei termini previsti dai rispettivi ordinamenti quanto alle altre amministrazioni pubbliche.

5. In caso di inerzia, il Presidente del Consiglio dei Ministri, previa diffida, assume in via sostitutiva le iniziative e adotta direttamente i provvedimenti di cui ai commi 1 e 3.

6. Non sono consentite assunzioni di personale presso le amministrazioni pubbliche fintanto che non siano state approvate le proposte di cui al comma 1. Per il 1993 si applica l'art. 7, comma 8, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438. Le richieste di deroga devono essere corredate dalla rilevazione di cui al comma 1, lettera *a)*. Sono fatti salvi contratti previsti dall'articolo 36 della legge 20 marzo 1975, n. 70, e dall'articolo 23 dell'accordo sindacale reso esecutivo dal decreto del Presidente della Repubblica 12 febbraio 1991, n. 171.

6-bis. *Fino alla revisione delle tabelle di cui al comma 1, lettera* c) *è consentita l'utilizzazione nei provveditorati agli studi di personale amministrativo, tecnico ed ausiliario della scuola in mansioni corrispondenti alla qualifica di appartenenza; le stesse utilizzazioni possono essere disposte dai provveditori agli studi fino al limite delle vacanze nelle dotazioni organiche degli uffici scolastici provinciali, sulla base di criteri definiti previo esame con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a norma dell'art. 10 e, comunque, con precedenza nei confronti di chi ne fa richiesta*».

(*d*) Si riporta l'art. 19 del D.Lgs. n. 29/1993 [per il testo dell'art. 20 dello stesso decreto, come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 470/1993, si veda la nota (*b*) all'art. 3]:

«Art. 19 *(Incarichi di funzioni dirigenziali)*. — 1. Per il conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse si tiene conto della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare, delle attitudini e della capacità professionale del singolo dirigente, anche in relazione ai risultati conseguiti in precedenza, applicando di norma il criterio della rotazione degli incarichi ed adottando le procedure di cui ai commi 2 e 3.

2. Gli incarichi di direzione degli uffici di ciascuna amministrazione dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, di livello dirigenziale generale sono conferiti con decreto del Ministro competente, sentito il Presidente del Consiglio dei Ministri, a dirigenti generali in servizio presso l'amministrazione interessata. Con la medesima procedura sono conferiti gli incarichi di funzione ispettiva e di consulenza, studio e ricerca di livello dirigenziale generale.

3. Gli incarichi di direzione degli uffici di ciascuna amministrazione dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, di livello dirigenziale sono conferiti con decreto del Ministro, su proposta del dirigente generale competente, a dirigenti in servizio presso l'amministrazione interessata. Con la medesima procedura sono conferiti gli incarichi di funzione ispettiva e di consulenza, studio e ricerca di livello dirigenziale».

Art. 16 *(a)*.

Formazione

1. *La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.*

(*a*) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art. 17 del D.Lgs. n. 517/1993.

Art. 17 *(a)*.

Regolamentazione esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione

1. L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che siano in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione.

2. *L'esame per il conseguimento della idoneità nazionale è diretto ad accertare le capacità professionali, organizzative e di direzione del candidato e consiste nella effettuazione di prove teorico-pratiche nella specifica disciplina e nella valutazione del* curriculum *professionale.*

3. *Le prove consistono in test di domande a risposte multiple riguardanti anche la soluzione di casi pratici simulati nelle materie attinenti le specifiche professionalità assegnati a ciascun candidato in via casuale.*

4. *I criteri generali per la predisposizione e la valutazione dei test che devono consentire la verifica, oltre che della professionalità posseduta anche delle capacità organizzative e di direzione, sono stabiliti da una apposita commissione costituita presso il Ministero della sanità e presieduta dal presidente del Consiglio superiore di sanità o da un presidente di sezione del predetto Consiglio da lui delegato. I test nelle materie d'esame sono predisposti da apposite commissioni costituite presso il Ministero della sanità con esperti di comprovata professionalità.*

5. *Le idoneità nelle specifiche discipline per ciascuna categoria professionale, le procedure, le modalità di espletamento degli esami, ivi compresa la valutazione del* curriculum *professionale, ed i requisiti di ammissione dei candidati, sono fissati con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. Sono previste idoneità con accesso riservato a più categorie professionali salvaguardando le rispettive specificità culturali, funzioni e competenze.*

6. Il Ministero della sanità, con unico bando nazionale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale*, indice ogni due anni gli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione per singole discipline. L'elenco dei candidati che hanno superato l'esame è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco degli idonei, che è pubblicato annualmente nella *Gazzetta Ufficiale*.

7. Fino a quando non sara attivato il sistema di svolgimento degli esami in forma automatizzata, le modalità di espletamento sono stabilite con il decreto di cui al comma 5.

8. *Il possesso dell'idoneità nazionale conseguito secondo la normativa vigente in materia alla data di entrata in vigore del presente decreto costituisce titolo valido per l'accesso al secondo livello dirigenziale.*

9. *Fino all'espletamento degli esami nazionali di cui al comma 6, per l'accesso ai posti di secondo livello dirigenziale di cui all'art. 15, comma 3, per il personale disciplinato dall'art. 61 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982* ***(b)****, pubblicato nel supplemento ordinario della* Gazzetta Ufficiale *22 febbraio 1982, n. 51, valgono i requisiti di ammissione ivi previsti.*

10. L'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979 ***(c)***, n. 761, è abrogato; gli esami di idoneità già banditi e non ancora espletati alla data di entrata in vigore del presente decreto sono revocati.

11. *Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al comma 6, sono valide le idoneità conseguite in «Igiene, epidemiologia e sanità pubblica», in «Organizzazione dei servizi sanitari di base» e in «Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri» ai fini del conferimento dell'incarico di direttore sanitario dell'unità sanitaria locale, e l'idoneità in «Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri» per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario dell'azienda ospedaliera.*

(a) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art. 18 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) L'art. 61 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982 (Normativa concorsuale del personale delle unità sanitarie locali in applicazione dell'art. 12 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761) è il seguente:

«Art. 61 *(Concorso, per titoli ed esami, per la posizione funzionale di dirigente e per responsabile di servizio dei profili professionali di biologo, chimico, fisico, psicologo - Requisiti specifici di ammissione).* — I requisiti specifici di ammissione al concorso sono i seguenti:

a) età non superiore ad anni 50, fatto salvo quanto previsto dall'art. 1, lettera *b)*, del presente decreto;

b) anzianità di servizio di almeno cinque anni nella posizione funzionale di biologo, chimico, fisico o psicologo coadiutore,

o di:

dieci anni di servizio complessivo in qualità di biologo, chimico, fisico o psicologo coadiutore o collaboratore o in posizioni equipollenti presso amministrazioni pubbliche;

c) iscrizione ai rispettivi ordini professionali, ove esistenti, attestato da certificato in data non anteriore a tre mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

Per il concorso per la posizione funzionale di fisico dirigente può essere richiesta, altresì, la certificazione comprovante l'iscrizione all'elenco nazionale di esperti qualificati di cui al decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, nei casi in cui sia attribuita la relativa funzione».

(c) Il D.P.R. n. 761/1979 reca: «Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali». Si trascrive il testo del relativo art. 20, abrogato dal decreto qui pubblicato:

«Art. 20 *(Esami di idoneità a dirigente o sovraintendente sanitario o direttore sanitario o primario ospedaliero, a veterinario dirigente e a farmacista dirigente).* — L'idoneità a dirigente o sovraintendente sanitario o direttore sanitario o primario ospedaliero, a veterinario dirigente e a farmacista dirigente si consegue mediante esami da espletarsi in sede nazionale entro il mese di aprile di ogni anno.

Il Ministero della sanità, con un unico bando nazionale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale*, indice entro il mese di ottobre, la sessione annuale degli esami di idoneità per le diverse specialità.

Le procedure e le norme di esame, la composizione delle commissioni esaminatrici e i requisiti per l'ammissione dei candidati sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità. Con lo stesso decreto sono stabilite le modalità per la predisposizione e l'aggiornamento degli elenchi dei sanitari idonei, compresi quelli di cui ai commi successivi.

Il personale assegnato alle unità sanitarie locali in applicazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, può partecipare direttamente ai concorsi nella posizione funzionale e nella disciplina corrispondente a quella conseguita nell'inquadramento sulla base della tabella di equiparazione di cui all'allegato 2, a prescindere dal possesso del requisito della idoneità previsto dal presente articolo.

L'idoneità conseguita ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, è equivalente a tutti gli effetti dell'idoneità prevista dal presente articolo».

Titolo VI

NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 18 *(a)*.

Norme finali e transitorie

1. *Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni* ***(b)****, in quanto applicabili, prevedendo:*

a) *i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;*

b) *i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;*

c) *le prove di esame;*

d) *la composizione delle commissioni esaminatrici;*

e) *le procedure concorsuali;*

f) *le modalità di nomina dei vincitori;*

g) *le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.*

2. *Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni* ***(b)****, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni* ***(c)*** *ivi compreso l'art. 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207* ***(d)****.*

2-bis. *In sede di prima applicazione del presente decreto il primo livello dirigenziale e articolato in due fasce economiche nelle quali è inquadrato rispettivamente:*

a) *il personale della posizione funzionale corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario;*

b) *il personale gia ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al nono livello del ruolo medesimo il quale mantiene il trattamento economico in godimento.*

Il personale di cui alla lettera b) *in possesso dell'anzianità di cinque anni nella posizione medesima è inquadrato, a domanda, previo giudizio di idoneità, nella fascia economica superiore in relazione alla disponibilità di posti vacanti in tale fascia. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(e)****, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400* ***(f)****, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. Il personale inquadrato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello del ruolo sanitario è collocato nel secondo livello dirigenziale.*

3. A decorrere dal 1° gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni e integrazioni ***(c)***, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi su autorizzazione della regione per esigenze di carattere straordinario. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti, della legge 20 maggio 1985, n. 207 ***(d)***.

4. *Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'art. 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135* ***(g)****, fermo restando il punteggio massimo previsto per il* curriculum *formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, e attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'art. 1, comma 1, lettera* c)*, della legge 5 giugno 1990, n. 135* ***(g)****, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, anche sulla base di convenzioni stipulate con le regioni per l'istituzione dei relativi posti.*

5. *Per quanto non previsto dal presente decreto alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni* ***(b)****.*

6. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel Servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

6-bis. *I concorsi indetti per la copertura di posti nelle posizioni funzionali corrispondenti al decimo livello retributivo ai sensi dell'art. 18, comma 2, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, abolito dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(h)****, sono revocati di diritto, salvo che non siano iniziate le prove di esame alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(e)****.*

7. *Restano salve le norme previste dai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 616, n. 618, e n. 620* ***(i)****, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. I rapporti con il personale sanitario per l'assistenza al personale navigante sono disciplinati con regolamento ministeriale in conformità, per la parte compatibile, alle disposizioni di cui all'art. 8. A decorrere dal 1° gennaio 1995 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.*

8. *Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, vengono estese, nell'ambito della contrattazione, al personale dipendente dal Ministero della sanità attualmente inquadrato nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo le norme del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* ***(b)****, in quanto applicabili.*

9. *L'ufficio di cui all'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'art. 74 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29* ***(m)****, è trasferito al Ministero della sanità.*

10. *Il Governo emana, entro centottanta giorni dalla pubblicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* ***(e)***, *un testo unico delle norme sul Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni preesistenti con quelle del presente decreto.*

—

(a) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art. 19 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) Il D.Lgs. n. 29/1993 concerne la razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Il D.Lgs. n. 470/1993 reca disposizioni correttive del D.Lgs. n. 29/1993.

(c) Il D.P.R. n. 761/1979 reca: «Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali».

(d) Si riporta l'art. 9 della legge n. 207/1985 (Disciplina transitoria per l'inquadramento diretto nei ruoli nominativi regionali del personale non di ruolo delle unità sanitarie locali):

«Art. 9 *(Procedura per l'espletamento dei concorsi).* — Per un periodo di tre anni a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, in deroga alla normativa vigente di cui ai commi primo, secondo e quinto dell'art. 12 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, i concorsi di ammissione all'impiego sono indetti dalle unità sanitarie locali, previa autorizzazione da parte della regione competente territorialmente da concedere entro trenta giorni dalla data di notificazione della richiesta. Trascorso tale periodo l'autorizzazione si intende concessa. Fermo restando quanto previsto dall'art. 2 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, come modificato dal presente comma, il termine per la presentazione delle domande di partecipazione ai concorsi scade il quarantacinquesimo giorno dalla data di pubblicazione dell'estratto del bando nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica. Ai fini della determinazione del numero dei posti da mettere a concorso si cosiderano disponibili anche quelli che si renderanno vacanti nel biennio.

Nelle commissioni esaminatrici è garantita la rappresentanza del Ministero della sanità per i concorsi alle posizioni funzionali apicali del personale laureato e la rappresentanza della Regione in tutti i concorsi.

Per le procedure e le modalità di svolgimento dei concorsi e per i requisiti dei componenti le commissioni si osservano le disposizioni del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, e successive modifiche e integrazioni, emanato ai sensi dell'art. 12 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, con la sostituzione dell'unità sanitaria locale alla Regione oltreché le disposizioni di cui ai successivi commi. Le relative designazioni dovranno avvenire entro il termine perentorio di trenta giorni dalla richiesta del Presidente del comitato di gestione.

Ferma restando la composizione delle commissioni giudicatrici ai sensi del citato decreto del Ministro della sanità, come modificato dal terzo comma del presente articolo, la presidenza delle stesse spetta al Presidente o a un componente del comitato di gestione delle unità sanitarie locali da lui delegato.

Il rappresentante sindacale, quando non si registra l'accordo tra le organizzazioni, è sorteggiato, tra i designati dalle organizzazioni stesse, dal comitato di gestione, o, in mancanza di designazione entro il termine perentorio di quindici giorni dalla richiesta del presidente del comitato di gestione, mediante sorteggio tra il personale iscritto nei ruoli regionali nella qualifica e nel profilo professionale dei posti messi a concorso.

Nelle regioni che non abbiano ancora i ruoli nominativi regionali, quando la composizione della commissione prevede il sorteggio di alcuni componenti iscritti nei ruoli predetti, lo stesso è effettuato fra coloro che occupano un posto di ruolo, avente profilo professionale corrispondente a quello previsto, per i rispettivi concorsi, dalle disposizioni del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, e successive modificazioni e integrazioni nella pianta organica provvisoria della rispettiva unità sanitaria locale o in unità sanitarie locali viciniori.

Il numero degli iscritti nelle piante organiche provvisorie sufficienti per effettuare le estrazioni ai sensi dell'art. 7, secondo comma, del citato decreto del Ministro della sanità, è ridotto alla metà.

Il termine di trenta giorni previsto dal terzo comma dell'art. 6 dello stesso decreto del Ministro della sanità è ugualmente ridotto alla metà.

La commissione di sorteggio è nominata dal comitato di gestione dell'unità sanitaria locale ed è composta da tre funzionari di cui uno con funzioni di segretario.

Nella designazione o nel sorteggio dei membri componenti le commissioni esaminatrici previsti dal decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, deve essere designato o sorteggiato oltre al titolare un membro supplente per ciascun componente, con il quale il comitato di gestione dell'unità sanitaria locale provvederà alla immediata sostituzione del titolare nel caso di assenza o di impedimento del medesimo.

I componenti delle commissioni esaminatrici dei pubblici concorsi di cui alla presente legge, chiamati a farne parte per nomina diretta o per sorteggio, i quali, senza giustificati o comprovati motivi, non adempiono all'incarico, sono esclusi per tre anni dalla partecipazione alle commissioni di esame.

L'approvazione della graduatoria finale e la nomina dei vincitori spettano al comitato di gestione. I nomi dei candidati vincitori che hanno assunto servizio vengono comunicati dall'unità sanitaria locale alla regione di appartenenza ai fini dell'inquadramento nei ruoli nominativi regionali.

Sono fatte salve le competenze regionali, secondo quanto disposto dalla normativa vigente in materia, per i concorsi pubblici per i quali siano iniziate le prove d'esame alla data di entrata in vigore della presente legge.

La valutazione dei titoli per gli adempimenti di cui all'art. 3 della presente legge è effettuata dal comitato di gestione.

Le graduatorie relative ai concorsi effettuati in applicazione della presente legge rimangono valide per un biennio dalla data di approvazione da parte del comitato di gestione. Esse sono utilizzate per la copertura di tutti i posti che si renderanno vacanti. Le relative nomine sono disposte al verificarsi delle singole vacanze.

La graduatoria, entro il biennio di validità, deve essere utilizzata per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, di incarichi per la copertura di posti disponibili per assenza o impedimento del titolare, qualora non sia stato possibile ricoprire i posti stessi entro tre mesi dalla disponibilità, mediante trasferimento interno o comando.

Nella sola ipotesi in cui la graduatoria risulti completamente utilizzata ed in attesa dell'espletamento del concorso è consentito il conferimento di incarichi provvisori non rinnovabili di durata non speriore a otto mesi per la temporanea copertura di posti vacanti o disponibili per assenza o impedimento del titolare.

L'incarico è conferito a seguito di pubblica selezione per titoli con graduatoria effettuata dal comitato di gestione della unità sanitaria locale purché, per i posti vacanti, sia stato previamente bandito il concorso per la copertura del posto cui l'incarico si riferisce. Trascorso il suddetto periodo il posto è ricopribile esclusivamente con concorso pubblico o trasferimento.

Nei casi di aspettativa e di congedo straordinario per periodi superiori a quarantacinque giorni la supplenza può essere conferita per la durata di assenza del titolare con le modalità di cui ai commi precedenti».

(e) Il D.Lgs. n. 517/1993, modificativo del decreto qui pubblicato, è entrato in vigore il 30 dicembre 1993.

(f) Per l'art. 17 della legge n. 400/1988 (Disciplina dell'attività del Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri) si veda la nota *(g)* all'art 8.

(g) Si trascrivono l'art. 4 e l'art. 1, comma 1, lettera *c)*, della legge n. 135/1990 (Programmi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS):

«Art. 4 *(Norme in materia di personale).* 1. Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'art. 1, comma 1, lettera *c)*, alla copertura di posti vacanti di personale medico e laureato nelle strutture di ricovero per malattie infettive e nei laboratori nel triennio 1990-1992, si provvede, in deroga alle vigenti disposizioni, mediante pubbliche selezioni regionali per titoli, da effettuarsi a cura di apposita commissione nominata dall'assessore alla sanità della regione o provincia autonoma e composta dallo stesso assessore o da un suo rappresentante, con funzioni di presidente, da un professore

universitario titolare di cattedra di malattie infettive da un rappresentante dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri del capoluogo di regione o della provincia autonoma, da un funzionario dirigente del Ministero della sanità designato dal Ministro, da un medico di ruolo in posizione apicale, incluso nell'elenco nazionale della disciplina delle malattie infettive, e da un funzionario della carriera amministrativa della regione o provincia autonoma, con funzioni di segretario. Si applicano alle selezioni i criteri di valutazione dei titoli previsti dalle vigenti disposizioni per i corrispondenti pubblici concorsi, con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, alle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Si applica, in caso di inadempienza, il disposto di cui al comma 2 dell'art. 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'art. 1, comma 1, lettera *c)*, e in deroga alle vigenti disposizioni, alla copertura dei posti vacanti del personale non medico nelle strutture di ricovero per malattie infettive, nel triennio 1990-1992, si provvede mediante pubbliche selezioni per titoli presso ciascuna unità sanitaria locale. Si applicano a tali selezioni le norme vigenti, per i corrispondenti pubblici concorsi, in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e di criteri di valutazione dei titoli, con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, alle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV.

3. Le unità sanitarie locali, entro la concorrenza di spesa di cui all'art. 1, comma 1, lettera *d)*, organizzano annualmente corsi di formazione e di aggiornamento per il personale che opera presso i reparti ospedalieri di malattie infettive, con specifico riferimento ai problemi tecnico-sanitari connessi con l'attività di assistenza, ai problemi psicologici e sociali e a quelli che derivano dal collegamento funzionale nel trattamento a domicilio. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto disciplina l'istituzione e l'effettuazione dei corsi, nonché le modalità di erogazione dell'assegno da corrispondere ai partecipanti».

«Art. 1 (*Piano di interventi contro l'AIDS*), comma 1, lettera *c)*. -- 1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da HIV mediante le attività di prevenzione e di assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie, in particolare quando necessitano di ricovero ospedaliero, è autorizzata l'attuazione dei seguenti interventi nell'ambito dell'apposito piano ministeriale predisposto dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS:

a)-b) (omissis);

c) assunzione di personale medico e infermieristico a completamento degli organici delle strutture di ricovero di malattie infettive e dei lavori di cui alla lettera *b)*, e del personale laureato non medico e tecnico occorrente per gli stessi laboratori negli ospedali, nonché nelle cliniche ed istituti di cui all'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, a graduale attuazione degli standard indicati dal decreto ministeriale 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988, fino ad una spesa complessiva annua di lire 120 miliardi, a regime, e di lire 80 miliardi per l'anno 1990».

(h) L'originario secondo periodo del comma 2 dell'art. 18 del presente decreto (D.Lgs. n. 502/1993), abrogato dal D.Lgs. n. 517/1993, così recitava: «Per un quinquennio a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto nei concorsi pubblici per l'accesso alla posizione funzionale già corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario il 40 per cento dei posti che si renderanno vacanti sono riservati al personale di ruolo della disciplina nella posizione funzionale corrispondente al nono livello in servizio presso l'unità sanitaria locale o l'azienda ospedaliera che bandisce il concorso».

(i) Il D.P.R. n. 616/1980 reca: «Assistenza sanitaria ai cittadini del comune di Campione d'Italia» (art. 37, primo comma, lettera *c)*, della legge n. 833/1978); il D.P.R. n. 618/1980 reca: «Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero» (art. 37, primo comma, lettere *a)* e *b)*, della legge n. 833/1978); il D.P.R. n. 620/1980 reca: «Disciplina dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo, e dell'aviazione civile» (art. 37, ultimo comma, della legge n. 833/1978).

(l) Il D.Lgs. n. 502/1993 è il decreto qui pubblicato.

(m) Per l'art. 4, comma 9, della legge n. 412/1991, si veda la nota ***(b)*** all'art. 8. L'art. 74 del D.Lgs. n. 29/1993 abroga l'art. 4, comma 9, «limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti del servizio sanitario nazionale».

Art. 19. *(a)*

Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome

1. *Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione* ***(b)***.

2. *Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano le disposizioni di cui all'art. 1, commi 1 e 4, all'art. 6, commi 1 e 2, agli articoli 10, 11, 12 e 13, all'art. 14, comma 1, e agli articoli 15, 16, 17 e 18, sono altresì norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.*

(a) Il presente articolo è stato così sostituito dall'art. 19 del D.Lgs. n. 517/1993.

(b) L'art. 117 della Costituzione elenca le materie per le quali la Regione emana norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti con legge dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre regioni.

Art. 20.

Entrata in vigore

1. Le disposizioni del presente decreto entrano in vigore a decorrere dal 1° gennaio 1993.

94A0049

FRANCESCO NIGRO, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(6651313) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE DEPOSITARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

ABRUZZO

◇ **CHIETI**
Libreria PIROLA MAGGIOLI
di De Luca
Via A. Herio, 21

◇ **PESCARA**
Libreria COSTANTINI
Corso V Emanuele, 146
Libreria dell'UNIVERSITÀ
di Lidia Cornacchia
Via Galilei, angolo via Gramsci

BASILICATA

◇ **MATERA**
Cartolibreria,
Eredi ditta MONTEMURRO NICOLA
Via delle Beccherie, 69

◇ **POTENZA**
Ed. Libr. PAGGI DORA ROSA
Via Pretoria

CALABRIA

◇ **CATANZARO**
Libreria G. MAURO
Corso Mazzini, 89

◇ **COSENZA**
Libreria DOMUS
Via Monte Santo

◇ **PALMI (Reggio Calabria)**
Libreria BARONE PASQUALE
Via Roma, 31

◇ **REGGIO CALABRIA**
Libreria PIROLA MAGGIOLI
di Fiorelli E.
Via Buozzi, 23

◇ **SOVERATO (Catanzaro)**
Rivendita generi Monopolio
LEOPOLDO MICO
Corso Umberto, 144

CAMPANIA

◇ **ANGRI (Salerno)**
Libreria AMATO ANTONIO
Via dei Goti, 4

◇ **AVELLINO**
Libreria CESA
Via G. Nappi, 47

◇ **BENEVENTO**
Libreria MASONE NICOLA
Viale dei Rettori, 71

◇ **CASERTA**
Libreria CROCE
Piazza Dante

◇ **CAVA DEI TIRRENI (Salerno)**
Libreria RONDINELLA
Corso Umberto I, 253

◇ **FORIO D'ISCHIA (Napoli)**
Libreria MATTERA

◇ **NOCERA INFERIORE (Salerno)**
Libreria CRISCUOLO
Traversa Nobile ang. via S. Matteo, 51

◇ **SALERNO**
Libreria ATHENA S a.s.
Piazza S. Francesco, 66

EMILIA-ROMAGNA

◇ **ARGENTA (Ferrara)**
C.S.P - Centro Servizi Polivalente S.r.l.
Via Matteotti, 36/B

◇ **FORLÌ**
Libreria CAPPELLI
Corso della Repubblica, 54
Libreria MODERNA
Corso A. Diaz, 2/F

◇ **MODENA**
Libreria LA GOLIARDICA
Via Emilia Centro, 210

◇ **PARMA**
Libreria FIACCADORI
Via al Duomo

◇ **PIACENZA**
Tip. DEL MAINO
Via IV Novembre, 160

◇ **REGGIO EMILIA**
Cartolibreria MODERNA - S.c. a r.l.
Via Farini, 1/M

◇ **RIMINI (Forlì)**
Libreria DEL PROFESSIONISTA
di Giorgi Egidio
Via XXII Giugno, 3

FRIULI-VENEZIA GIULIA

◇ **GORIZIA**
Libreria ANTONINI
Via Mazzini, 16

◇ **PORDENONE**
Libreria MINERVA
Piazza XX Settembre

◇ **TRIESTE**
Libreria ITALO SVEVO
Corso Italia, 9/F
Libreria TERGESTE S.a.s.
Piazza della Borsa, 15

◇ **UDINE**
Cartolibreria UNIVERSITAS
Via Pracchiuso, 19
Libreria BENEDETTI
Via Mercatovecchio, 13
Libreria TARANTOLA
Via V Veneto, 20

LAZIO

◇ **APRILIA (Latina)**
Ed. BATTAGLIA GIORGIA
Via Mascagni

◇ **FROSINONE**
Cartolibreria LE MUSE
Via Marittima, 15

◇ **LATINA**
Libreria LA FORENSE
Via dello Statuto, 28/30

◇ **LAVINIO (Roma)**
Edicola di CIANFANELLI A. & C.
Piazza del Consorzio, 7

◇ **RIETI**
Libreria CENTRALE
Piazza V Emanuele, 8

◇ **ROMA**
Libreria DEI CONGRESSI
Viale Civiltà del Lavoro, 124
L.E.G. - Libreria Economico Giuridico
Via Santa Maria Maggiore, 121
Cartolibreria ONORATI AUGUSTO
Via Raffaele Garofalo, 33
Libreria GABRIELE MARIA GRAZIA
c/o Chiosco Pretura di Roma
Piazzale Clodio

◇ **SORA (Frosinone)**
Libreria DI MICCO UMBERTO
Via E. Zincone, 28

◇ **TIVOLI (Roma)**
Cartolibreria MANNELLI
di Rosarita Sabatini
Viale Mannelli, 10

◇ **TUSCANIA (Viterbo)**
Cartolibreria MANCINI DUILIO
Viale Trieste

◇ **VITERBO**
Libreria "AR" di Massi Rossana e C.
Palazzo Uffici Finanziari
Località Pietrare

LIGURIA

◇ **IMPERIA**
Libreria ORLICH
Via Amendola, 25

◇ **LA SPEZIA**
Libreria CENTRALE
Via Colli, 5

◇ **SAVONA**
Libreria IL LEGGIO
Via Montenotte, 36/R

LOMBARDIA

◇ **ARESE (Milano)**
Cartolibreria GRAN PARADISO
Via Valera, 23

◇ **BERGAMO**
Libreria LORENZELLI
Viale Papa Giovanni XXIII, 74

◇ **BRESCIA**
Libreria QUERINIANA
Via Trieste, 13

◇ **COMO**
Libreria NANI
Via Cairoli, 14

◇ **CREMONA**
Libreria DEL CONVEGNO
Corso Campi, 72

◇ **MANTOVA**
Libreria ADAMO DI PELLEGRINI
di M. Di Pellegrini e D. Ebbi S.n.c.
Corso Umberto I, 32

◇ **PAVIA**
GARZANTI Libreria internazionale
Palazzo Università
Libreria TICINUM
Corso Mazzini, 2/C

◇ **SONDRIO**
Libreria ALESSO
Via dei Caimi, 14

◇ **VARESE**
Libreria PIROLA
Via Albuzzi, 8
Libreria PONTIGGIA e C.
Corso Moro, 3

MARCHE

◇ **ANCONA**
Libreria FOGOLA
Piazza Cavour, 4/5

◇ **ASCOLI PICENO**
Libreria MASSIMI
Corso V. Emanuele, 23
Libreria PROPERI
Corso Mazzini, 188

◇ **MACERATA**
Libreria SANTUCCI ROSINA
Piazza Annessione, 1
Libreria TOMASSETTI
Corso della Repubblica, 11

◇ **PESARO**
LA TECNOGRAFICA
di Mattioli Giuseppe
Via Mameli, 80/82

MOLISE

◇ **CAMPOBASSO**
Libreria DI.E.M.
Via Capriglione, 42-44

◇ **ISERNIA**
Libreria PATRIARCA
Corso Garibaldi, 115

PIEMONTE

◇ **ALESSANDRIA**
Libreria BERTOLOTTI
Corso Roma, 122
Libreria BOFFI
Via dei Martiri, 31

◇ **ALBA (Cuneo)**
Casa Editrice ICAP
Via Vittorio Emanuele, 19

◇ **ASTI**
Libreria BORELLI TRE RE
Corso Alfieri, 364

◇ **BIELLA (Vercelli)**
Libreria GIOVANNACCI
Via Italia, 6

◇ **CUNEO**
Casa Editrice ICAP
Piazza D. Galimberti, 10

◇ **TORINO**
Casa Editrice ICAP
Via Monte di Pietà, 20

PUGLIA

◇ **ALTAMURA (Bari)**
JOLLY CART di Lorusso A. & C.
Corso V. Emanuele, 65

◇ **BARI**
Libreria FRATELLI LATERZA
Via Crisanzio, 16

◇ **BRINDISI**
Libreria PIAZZO
Piazza Vittoria, 4

◇ **CORATO (Bari)**
Libreria GIUSEPPE GALISE
Piazza G. Matteotti, 9

◇ **FOGGIA**
Libreria PATIERNO
Portici Via Dante, 21

◇ **LECCE**
Libreria MILELLA
di Lecce Spazio Vivo
Via M Di Pietro, 28

◇ **MANFREDONIA (Foggia)**
IL PAPIRO - Rivendita giornali
Corso Manfredi, 126

◇ **TARANTO**
Libreria FUMAROLA
Corso Italia, 229

SARDEGNA

◇ **ALGHERO (Sassari)**
Libreria LOBRANO
Via Sassari, 65

◇ **CAGLIARI**
Libreria DESSÌ
Corso V. Emanuele, 30/32

◇ **NUORO**
Libreria DELLE PROFESSIONI
Via Manzoni, 45/47

◇ **ORISTANO**
Libreria SANNA GIUSEPPE
Via del Ricovero, 70

◇ **SASSARI**
MESSAGGERIE SARDE
Piazza Castello, 10

SICILIA

◇ **CALTANISSETTA**
Libreria SCIASCIA
Corso Umberto I, 36

◇ **CATANIA**
ENRICO ARLIA
Rappresentanze editoriali
Via V. Emanuele, 62
Libreria GARGIULO
Via F. Riso, 56/58
Libreria LA PAGLIA
Via Etnea, 393/395

◇ **ENNA**
Libreria BUSCEMI G. B.
Piazza V. Emanuele

◇ **FAVARA (Agrigento)**
Cartolibreria MILIOTO ANTONINO
Via Roma, 60

◇ **MESSINA**
Libreria PIROLA
Corso Cavour, 47

◇ **PALERMO**
Libreria FLACCOVIO DARIO
Via Ausonia, 70/74
Libreria FLACCOVIO LICAF
Piazza Don Bosco, 3
Libreria FLACCOVIO S.F.
Piazza V. E. Orlando, 15/16

◇ **RAGUSA**
Libreria E. GIGLIO
Via IV Novembre, 39

◇ **SIRACUSA**
Libreria CASA DEL LIBRO
Via Maestranza, 22

◇ **TRAPANI**
Libreria LO BUE
Via Cassio Cortese, 8

TOSCANA

◇ **AREZZO**
Libreria PELLEGRINI
Via Cavour, 42

◇ **FIRENZE**
Libreria MARZOCCO
Via de' Martelli, 22 R

◇ **GROSSETO**
Libreria SIGNORELLI
Corso Carducci, 9

◇ **LIVORNO**
Libreria AMEDEO NUOVA
di Quilici Irma & C. S.n.c.
Corso Amedeo, 23/27

◇ **LUCCA**
Editrice BARONI
di De Mori Rosa s.a.s.
Via S. Paolino, 45/47
Libreria Prof.le SESTANTE
Via Montanara, 9

◇ **MASSA**
GESTIONE LIBRERIE
Piazza Garibaldi, 8

◇ **PISA**
Libreria VALLERINI
Via dei Mille, 13

◇ **PISTOIA**
Libreria TURELLI
Via Macallè, 37

◇ **SIENA**
Libreria TICCI
Via delle Terme, 5/7

TRENTINO-ALTO ADIGE

◇ **BOLZANO**
Libreria EUROPA
Corso Italia, 6

◇ **TRENTO**
Libreria DISERTORI
Via Diaz, 11

UMBRIA

◇ **FOLIGNO (Perugia)**
Libreria LUNA di Verri e Bibi s.n.c.
Via Gramsci, 41

◇ **PERUGIA**
Libreria SIMONELLI
Corso Vannucci, 82

◇ **TERNI**
Libreria ALTEROCCA
Corso Tacito, 29

VENETO

◇ **PADOVA**
Libreria DRAGHI - RANDI
Via Cavour, 17

◇ **ROVIGO**
Libreria PAVANELLO
Piazza V. Emanuele, 2

◇ **TREVISO**
Libreria CANOVA
Via Calmaggiore, 31

◇ **VENEZIA**
Libreria GOLDONI
San Marco 4742/43
Calle dei Fabri

◇ **VERONA**
Libreria GHELFI & BARBATO
Via Mazzini, 21
Libreria GIURIDICA
Via della Costa, 5

◇ **VICENZA**
Libreria GALLA
Corso A. Palladio, 41/43

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:

— presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA, piazza G. Verdi, 10;

— presso le Concessionarie speciali di:

BARI, Libreria Laterza S.p.a., via Sparano, 134 - BOLOGNA, Libreria Ceruti, piazza dei Tribunali, 5/F - FIRENZE, Libreria Pirola (Etruria S.a.s.), via Cavour, 46/r - GENOVA, Libreria Baldaro, via XII Ottobre, 172/r - MILANO, Libreria concessionaria «Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato» S.r.l., Galleria Vittorio Emanuele, 3 - NAPOLI, Libreria Italiana, via Chiaia, 5 - PALERMO, Libreria Flaccovio SF, via Ruggero Settimo, 37 - ROMA, Libreria Il Tritone, via del Tritone, 61/A - TORINO, Cartiere Miliani Fabriano - S.p.a., via Cavour, 17;

— presso le Librerie depositarie indicate nella pagina precedente.

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale n 387001 Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono in Roma (Ufficio inserzioni - Piazza G Verdi, 10) Le suddette librerie concessionarie speciali possono accettare solamente gli avvisi consegnati a mano e accompagnati dal relativo importo

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 1994

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 1994
i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 1994 e dal 1° luglio al 31 dicembre 1994

ALLA PARTE PRIMA - LEGISLATIVA

Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari

- annuale	L. **357.000**
- semestrale	L. **195.500**

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale

- annuale	L **65.500**
- semestrale	L. **46.000**

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee

- annuale	L. **200.000**
- semestrale	L. **109.000**

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali

- annuale	L. **65.000**
- semestrale	L. **45.500**

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni

- annuale	L. **199.500**
- semestrale	L **108 500**

Tipo F - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari ed ai fascicoli delle quattro serie speciali

- annuale	L **687 000**
- semestrale	L. **379.000**

Integrando il versamento relativo al tipo di abbonamento della Gazzetta Ufficiale, *parte prima, prescelto con la somma di* **L. 98 000,** *si avrà diritto a ricevere l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 1994*

Prezzo di vendita di un fascicolo della *serie generale*	L. **1.300**
Prezzo di vendita di un fascicolo delle *serie speciali I, II* e *III*, ogni 16 pagine o frazione	L. **1 300**
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	L. **2.550**
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili*, ogni 16 pagine o frazione	L. **1.300**
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	L. **1.400**
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	L. **1.400**

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	L. **124 000**
Prezzo di vendita di un fascicolo ogni 16 pagine o frazione	L. **1 400**

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	L. **81 000**
Prezzo di vendita di un fascicolo	L **7 350**

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 1994
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo mediante 52 spedizioni settimanali raccomandate	L. **1 300 000**
Vendita singola per ogni microfiches fino a 96 pagine cadauna	L. **1.500**
per ogni 96 pagine successive	L **1 500**
Spese per imballaggio e spedizione raccomandata	L. **4.000**

N B — Le microfiches sono disponibili dal 1° gennaio 1983 — Per l estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%

ALLA PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	L **336.000**
Abbonamento semestrale	L. **205.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	L. **1.450**

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, nonché quelli di vendita dei fascicoli delle annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono raddoppiati

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione di una fascetta del relativo abbonamento

Per informazioni o prenotazioni rivolgersi all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA
abbonamenti ☎ (06) 85082149/85082221 - vendita pubblicazioni ☎ (06) 85082150/85082276 - inserzioni ☎ (06) 85082145/85082189

L. 4.200